

# Kampnagel - Gender Medizin

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

---

28.01.2022

### Panel: Rassismus in der Medizin

Redigierte Live-Mitschrift erstellt durch:

Mag. Daniela Eichmeyer-Hell, MA  
SD2

---

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

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

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

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

## **Panel – Rassismus in der Medizin**

(Alina Buchberger) Guten Abend und herzlich willkommen bei Kampnagel mit dem Themenschwerpunkt "Geht ein Mann zum Arzt... Kritische und Künstlerische Stippvisite in die Gender Medizin"! Ich bin Alina Buchberger und mit meinen Kolleginnen haben wir das Performance- und das Diskursprogramm für dieses Wochenende gestaltet. Bevor wir beginnen, möchte ich gerne noch ganz kurz einige Hinweise zur Zugänglichkeit und Übersetzung geben. Wir haben heute hier ein Livepublikum im Saal und auch ein digitales bei Zoom.

Es gibt heute eine Übersetzung der Diskussionen in Englisch für diejenigen, die Englisch in der Halle benötigen. Dafür gibt es Kopfhörer hier im Eingang. Für das Webinar nutzen Sie bitte die Dolmetschfunktion unten in der Symbolleiste, bei der Weltkugel.

(Erklärung auf englisch)

Außerdem haben wir heute eine simultane Schriftdolmetschung in deutscher Sprache, die über einen separaten Link abrufbar ist. Hier in der Halle können Sie beispielsweise mit Ihrem Handy den Link abrufen und die simultane Schriftdolmetschung mitlesen. Auf den mobilen Geräten dauert es ein wenig die Seite zu laden. Aber es geht. Wenn Sie im Webinar sind und vor dem Computer sitzen, dann nutzen Sie einfach ein weiteres Fenster im Browser und klicken Sie auf den Link, den unsere Zoom-Operatorin Dani jetzt in den Chat setzt. Sie finden es auch auf der Veranstaltungsseite.

Wenn es in welche technischen Fragen gibt im Webinar, dann wenden Sie sich bitte per Chat an Dani. Wenn sich bei den digitalen Teilnehmenden inhaltliche Fragen an das Panel ergeben, dann können Sie das gerne über die Frage- und Antwortfunktion direkt während der Diskussion eingeben. Am Ende schauen wir, ob es Zeit gibt, diese Fragen zu beantworten. Auch in der Halle können Sie gerne Fragen stellen.

Ich sage gerne etwas zum Programm ganz kurz. Wir haben morgen weitere Diskurspunkte zum Thema Gender Medizin. Wir haben ein Gespräch mit Künstler\*innen und ein Filmscreening. Am Sonntag haben wir eine Keynote von Loretta Ross und ein Panel

zu feministischen Gesundheitsbewegungen. Danach gibt es einen dreistündigen Open Space, wo wir uns hier und digital versammeln und darüber sprechen, wie man das Gesundheitssystem diskriminierungsärmer gestalten kann.

Hier auf Kampnagel gibt es am Abend Programm über Uteruszysten, queere und andere Themen. Dann gibt es auch hier einen Pop-Up Sex Shop, wo Sie auch gerne nach dem Panel heute Abend gerne shoppen können.

Erst mal herzlich willkommen an unsere Panelist\*innen hier vor Ort und auch digital, die heute ihr Wissen mit uns teilen werden. Ich freue mich, die Moderatorin des ersten Panels kurz vorzustellen. Es beschäftigt sich mit dem Thema Rassismus in der Medizin.

Es wird moderiert von Ansiré Sissoko, die Schauspielerin ist und in Projekten aus Theater, Film und Performance auftritt. Sie studiert aber auch Medizin im 8. Semester an der Universität Hamburg. Ihre politische Arbeit fokussiert sich darauf, strukturellen Rassismus in der Medizin sichtbar zu machen und sie unterstützt Netzwerke für Personen of Color. Vielen Dank, Ansiré, dass du heute hier bist. Ich übergebe dir das Wort. Vielen Dank!

(Ansiré Sissoko) Vielen Dank, liebe Alina. Herzlich willkommen ihr alle. Seit Jahrzehnten fokussiert sich die Forschung, Entwicklung von Medikamenten, Dosierung und Behandlung an dem Prototyp Patient: ein weißer, hetero cis Mann, 1,80 m, 80 kg schwer. Alle anderen werden in den Hintergrund geschoben. Das hat schlimme Folgen, wenn man so viele Menschen in der Medizin übersieht. Das wollen wir heute hier mit "Geht ein Mann zum Arzt... Kritische und Künstlerische Stippvisite in die Gender Medizin" betrachten.

Nicht nur in der Krisensituation der Pandemie wurde deutlich, dass Rassismus ein Faktor ist, der über Qualität der medizinischen Versorgung entscheidet, über richtige Behandlung, Leben und Tod. Deshalb freue ich mich sehr, dass ich Sie heute hier begrüßen kann, wo wir über Rassismus in der Medizin sprechen wollen.

Ich möchte gerne die Panelist\*innen vorstellen. Wir haben Janice Owen und N'joula Baryoh online zu gestaltet. Hier vor Ort haben wir Kadijata Bailor Bah und Shreyasi Bhattacharya. Ich freue mich, dass ihr da seid. Vielleicht stellt ihr euch kurz vor und auch eure Arbeit. Vielleicht in ein paar kurzen Sätzen in der Reihenfolge, die ich gerade genannt habe.

(Janice Owen-Aghedo) Dann beginne ich gerne. Hallo von mir. Ich bin Janice, 25 Jahre alt, ich komme aus Mülheim an der Ruhr. Leider konnte ich nicht anreisen. Ich selber leide seit mehreren Jahren an einer chronischen Erkrankung, ich hatte einen sehr langen Leidensweg. Ich bin von Arzt zu Arzt und von Ärztin zu Ärztin gereist. Man hat mir leider nicht geglaubt, dass ich chronisch krank bin. Daher bin ich heute hier aus der Sicht von Patient\*innen. Ich arbeite auch im Bereich Inclusion & Diversity. Ich bin sehr aktiv, ich setze mich für Themen wie Frauengesundheit ein und alles rund um das Thema Inclusion & Diversity - privat und auch beruflich. Ich freue mich sehr, dass ich heute hier sein darf und mit euch sprechen kann.

(N'joula Baryoh) Dann mache ich weiter. Vielen Dank an Kampnagel und die Einladung, dass ich heute hier sprechen darf in Vertretung von Black in Medicine. Mein Name ist N'joula Baryoh, viele Grüße aus Köln und ein großes Hallo aus Köln. Leider war es mir nicht möglich anzureisen.

Ich bin Gynäkologin und Geburtshelferin in erster Instanz. Aufgrund meiner persönlichen Situation als Mutter zweier unter fünf Jahre alter Kinder habe ich gewechselt in das Gesundheitsamt - nicht wissend, dass die Pandemie so zuschlagen würde. Aber mein Herz pocht nach wie vor die Frauengesundheit und -wellness und als methodischen Blickpunkt letztes Jahr habe ich einen Raum eröffnet, Cucuteni auf Instagram, wo ich dazu beitragen möchte, ein anderes Bild und eine andere Perspektive zu zeigen für Schwarze Frauen und BIWoC und alle Menschen, die nicht nur einen Uterus haben, sondern interessiert sind zu lernen. Ich glaube, dass das wichtig ist, wenn wir ein gutes Miteinander möchten.

Wie schon genannt, gibt es Black in Medicine, hoffentlich kann ich den Verein später noch näher vorstellen. Es ist ein Verein oder eine Organisation von in Deutschland praktizierenden Medizinstudent\*innen und Ärzt\*innen. Was wir Spannendes machen, werde ich hoffentlich später noch genauer erläutern können. Vielen Dank.

(Ansiré Sissoko) Danke dir.

(Kadijata Bailor Bah) Dann stelle ich mich auch vor. Ich freue mich sehr, dass ich hier sein darf. Vielen Dank für die liebe Anmoderation. Danke an Kampnagel für die Einladung. Mein Name ist Kadijata Bailor Bah, ich bin 24 Jahre alt und ich studiere Medizin in Essen. Ich bin

eine der Koordinator\*innen vom Bundesfachnetz Gesundheit und Rassismus. Da beschäftigen wir uns mit Race und Health, den Auswirkungen auf physische und psychische Gesundheit. Dazu erzähle ich später gerne mehr. Das Netzwerk wurde im Oktober 2020 gegründet. Wir sind noch im Aufbau. Aber wir haben definitiv ein paar Projekte in petto und schon ein paar Sachen öffentlich.

Ansonsten mache ich noch nebenbei ein bisschen ehrenamtliche Arbeit. Ich bin vor allem im Kontext von Schwarzer Selbstorganisation und Bündnisarbeit unterwegs. Ich investiere sehr viel Zeit und mache nebenbei über die Fachschaft bei "Mit Sicherheit verliebt" mit, einem Sexualaufklärung Projekt für Kinder an Schulen. Es kommt von Medizinstudierenden.

(Shreyasi Bhattacharya) Danke für die Einladung, ich bin sehr glücklich hier zu sein. Ich bin bei dem Projekt Medicus Köln, wo wir uns gegen antirassistische Strukturen an der Universität einsetzen und auch das Curriculum entsprechend gestalten.

(Ansiré Sissoko) Ich würde gleich mit der ersten Frage starten. Wie wirkt sich Rassismus auf psychische und physische Gesundheit aus?

(Shreyasi Bhattacharya) Es gibt hier eine Studie, "How discrimination affects health", die zeigt, dass Diskriminierung die Gesundheit beeinträchtigt. Es gab 300 Studien, die bewiesen haben, dass rassistische Diskriminierung eine negative Auswirkung auf physische und psychische Gesundheit hat. Nicht nur das. Die Auswirkung ist stärker ausgeprägt auf die psychische Gesundheit. Wenn wir Fakten haben wollen, wissen wir, was wir in der Medizin studiert haben. Physisch gesehen gehören Krankheit und Todesraten bei Gruppen, die rassistisch diskriminiert wurden, dazu. Es gibt eine schlechtere Überlebensrate für Menschen of Colour, auch der Zusammenhang zwischen Entzündung und Rassismus wurde untersucht. Wir haben Signalstoffe, die zeigen, ob Entzündungen gehemmt oder angeregt wurden. Die Werte für die Entzündungen, die eher anregend waren, waren erhöht bei diskriminierten Personen.

(Kadijata Bailor Bah) Es hat auch historische Kontinuität. Darüber müssen wir sprechen, wenn wir darüber gesondert sprechen. Es gibt verschiedene Arten von Gewalt, es gibt Beschränkungen beim Zugang zum Gesundheitswesen, Diagnosen werden bei Schwarzen und indigenen Personen später gestellt. Es gibt Einflüsse von Rassentheorien, die immer noch in den Köpfen vorhanden sind. Um daran anzuknüpfen, dass amerikanische Studien so zielführend

und ausschlaggebend sind für die Gespräche, die wir gerade führen, müssen wir sagen, dass keine Datenerhebungen in Deutschland dahingehend stattfinden. Es gibt hier einige Ärzt\*innen, die sich dieser Frage angenommen haben.

Grada Kilomba hat in ihrer Arbeit beschrieben, wie das mit diesen Signalstoffen ist. In Deutschland machen wir das nicht. Es gibt nur qualitative Studien, aber keine Quantifizierung von race related health issues.

(Shreyasi Bhattacharya) Diese Unterschiede bleiben auch nach Anpassung des sozioökonomischen Status bestehen, das ist wichtig zu benennen.

(N'joula Baryoh) Ich möchte auch auf die Frage zurückkommen für die, die nicht so in der Thematik sind. Wenn wir uns Rassismus und die Auswirkung von Rassismus anschauen, die nicht nur einmalig auftreten, sondern kontinuierlich, sind das keine einzelnen oder individuellen Erfahrungen, sondern Dinge, die biophysiological messbar sind - in der Ausschüttung von Hormonen. Das sind Stressoren. Was passiert in einem gestressten Körper? Es werden Stresshormone ausgeschüttet. Es ist eine Hypervigilanz-Reaktion. Der Sympathikus wird gesteigert aktiviert. Der Stress führt auf Dauer zu Erkrankung.

Der macht krank auf kardiovaskulärer Ebene, im Gastrointestinalsystem, Reizdarm, Durchfall, Reizblase treten auf. Auf psychischer Ebene kommt es zu Depressionen. Das ist so beschrieben. Das ist nichts Neues. Das ist race related. Das gibt es. Und leider müssen wir immer auf den angelsächsischen Raum ausweichen, um Zahlen zu bekommen. Es ist ein multifaktorielles Geschehen, es spielt mit, dass wir Daten brauchen. Es wäre schön, wenn wir nicht selbst Daten erheben müssten und diese auswerten müssten.

(Janice Owen-Aghedo) Ich möchte anknüpfen und aus persönlicher Sicht schildern. Ich weiß, als ich jung war und in die Schule ging und stolz meine Braids präsentiert habe, die ich mir acht Stunden lang flechten ließ. Und ich musste mich blöd anreden lassen, ich wollte mir dann meine Haare nicht mehr flechten lassen. Es hat sich durch meine Schullaufbahn gezogen. Manche Äußerungen waren vielleicht nicht so gemeint, kommen aber so an. Ich hatte richtige Stressattacken, Panik - das hat sich alles auf meinen Körper ausgewirkt. Reizdarm etc.

(Ansiré Sissoko) Ich glaube, jeder hier kann das nachvollziehen. Mich würde interessieren, wie sich bei euch in der Pandemie gezeigt hat, wie gefährlich Rassismus ist.

(Kaditaja Bailor Bah) Nr. 1: Es ist schon mal schwer für Menschen mit Migrationsgeschichte, Fluchtgeschichte und Schwarze Personen, überhaupt gehört zu werden. Es gibt strukturelle Gegebenheiten, die zu Benachteiligung führen. Dazu kommt der Zugang zum Gesundheitssystem, der eingeschränkt ist, wenn sie Ärzt\*innen suchen und dann nicht gehört werden, dann haben wir die zeitliche Versetzung mit der Diagnose. Dann kommen auf COVID-19 bezogene Sachen dazu, das ist eine Atemwegserkrankung, die am Abfall der Sauerstoffversorgung diagnostiziert wird. Und das in wenigen Tagen.

Hierzu gibt es eine Studie in den USA, dass die Sauerstoffoximeter nicht geeicht sind auf Menschen, die melaninreiche Haut haben. Die Sauerstoffwerte, wenn es um die Diagnostik von der Schwere einer Erkrankung geht, die sind verfälscht. Es wurde bewiesen, dass die Mortalitätsraten Schwarzer Menschen in den USA während der Pandemie viel höher sind. Die Diagnostik hat ein Bias. Die Menschen sterben. Rassismus tötet. Rassistische Vorannahmen und Diskriminierungen, Kolonialhistorie, das tötet. Das muss man realisieren.

(N'joula Baryoh) Wenn ein Mensch in einem Dienstverhältnis arbeitet, wo Home-Office nicht möglich ist, wo vielleicht eine Selbstständigkeit zugrunde liegt oder sozioökonomischer Druck besteht, weiterzuarbeiten, auf der Arbeit zu erscheinen trotz Symptomatik und Erkrankung, da muss eine COVID-19- bezogene Symptomatik übersehen werden, um die Familie zu ernähren.

Sprachbarrieren: Die Gespräche, die ich wiedergeben kann beim Gesundheitsamt, das sind Schwierigkeiten, wenn sich die Akteure nicht verstehen im Gespräch. Das kann wieder zu Benachteiligungen führen für Menschen, die der Sprache nicht so mächtig sind und die dann unnötig in Quarantäne verbleiben. Das hat Auswirkungen auf alle Teile der Familie. Das muss ich nicht erläutern. Die Pandemie und das, was sie mit sich bringt, verstärkt alle vorhandenen Strukturen.

Wichtig ist auch noch: Psychische Erkrankungen können vorbestehen, oder psychische Belastungen. Die Pandemie mit all ihren Folgen ist noch einmal ein Faktor der psychischen Belastung, ein Stressor. Man darf auch menschlich nicht vergessen: Wir leben in dieser kolonialen Kontinuität. Ich kenne viele Menschen aus dem afrikanischen Kontext, die

schlichtweg Angst haben vor einer Impfung, aufgrund der Historie, wie Impfkampagnen auf dem afrikanischen Kontinent durchgeführt worden. Oder einfach Angst. Was bedeutet es, wenn Menschen Apartheid mitbekommen haben, was da Lockdown bedeutet. All das muss man mit in die Diskussion bringen.

Das sind nicht nur individuelle, sondern auch strukturelle Gegebenheiten, die wichtig sind, mit ins Gespräch zu bringen.

(Shreyasi Bhattacharya) Genau das lernen wir auch. Du meinst am Anfang, das Zentrum ist der weiße Mann. Wie äußert sich Atemnot? In Großbritannien hat jemand angerufen und hat gesagt, ich glaube, ich bin an COVID erkrankt und habe Atemnot. Er wurde gefragt, ob er blaue Lippen hat. Er sagte: nein. Er ist daran gestorben. Mediziner werden nicht richtig ausgebildet, wie sich bestimmte Dinge äußern bei Menschen, die keine weiße Hautfarbe haben.

Es gab auch Ärzt\*innen, die nicht ernst genommen wurden und an COVID gestorben sind. Die Tatsache, dass sie in einer privilegierten Situation waren und selbst Ärzt\*innen waren, hat nicht geschützt. Denn diese Dinge sind im Gesundheitssystem so tief verankert.

(N'joula Baryoh) Das ist ein schöner Punkt. Darf ich noch etwas dazu sagen? Das zeigt eine schöne Studie, wo es um Gynäkologie und die Müttersterblichkeit geht, die dreimal so hoch ist bei Schwarzen und afroamerikanischen Frauen im Vergleich zu weißen Frauen. Da war genau dieser Aspekt, dass dieser sozio-ökonomische Unterschied hier keine Rolle spielt.

Diese Damen waren Akademikerinnen, im Vergleich zu weißen Frauen, die aus einem nicht so hohen sozioökonomischen Gefüge kamen. Das muss man sich überlegen. Man muss sich überlegen zu sagen: Okay, es spielt hier keine Rolle. Es wird einfach nur kategorisiert nach Race. Also immer noch nach Menschenrasse per definitionem.

(Ansiré Sissoko) Das ist ein super Punkt zu unserem nächsten Thema, Kolonialismus. Mich würde interessieren, was Artefakte aus der Kolonialzeit in der Medizin sind, übernommen, aber nicht anerkannt. Gerade in Bezug auf Rasse.

(Kadijata Bailor Bah) Ich würde direkt darauf antworten. Es fängt damit an, dass, wenn wir über Deutschland sprechen, die Kolonialhistorie Deutschlands, da fängt es schon an, dass sich

diese Bilder verfestigt haben. Alles wird zurückgeführt auf die Eugenik, die auch in Amerika sehr floriert hat. Schwarze Menschen und indigene Menschen wurden durch Rassentheorie so oder so schon dehumanisiert. Im 19. und 20. Jahrhundert hatte sich das noch einmal intensiviert.

Deutsche Ärzt\*innen, unter anderem Robert Koch haben diese Eugenik, die sie in der NS-Zeit an den Menschen erprobt haben, vorher an afrikanischstämmigen Menschen in den Konzentrationslagern in den 1910er und 1920er Jahren ausprobiert. Es wurden medizinische Experimente ohne Betäubung gemacht. Auch Zwangssterilisationen.

Daraus hat sich ergeben, dass Schwarze Menschen weniger Schmerzen empfinden. Das merkt man auch heute, wenn man ansieht, wie Schwarze Menschen, vor allen Dingen Schwarze Frauen in der Gynäkologie beispielsweise oder generell im Krankenhaus-Alltag oder medizinischen Alltag behandelt werden. Es wird oft gesagt, zum Beispiel bei Geburten, sie seien zu theatralisch, zu laut dabei. Sie möchten nur Medikamente, weil sie Drogen möchten. Da haben wir wieder dieses Bild, dass man nicht einmal Schwarze Menschen untereinander differenziert. Afroamerikaner\*innen, Schwarze Menschen in Deutschland möchten nur Drogen, etc. Das ist insane. Mehr kann ich dazu nicht sagen. Entschuldigung für diesen umgangssprachlichen Ausdruck.

Es sind viele verschiedene Dinge. In Deutschland gibt es auch noch den Begriff, der auch noch von Ärzt\*innen benutzt wird, Morbus Mediterraneus, Südländer-Krankheit wird das genannt. Da geht es wieder um Schmerzempfindung. Das kommt aus der Geschichte Deutschlands, aus der Kolonialhistorie. Man geht davon aus, dass diese Menschen in der Art und Weise, wie sie Schmerzen ausdrücken, sehr viel theatralischer sind und übertreiben. Das hört man auch immer wieder von den Ärzt\*innen, die uns Medizinstudent\*innen das beibringen. Sie sagen: Sie übertreibt, ist nicht so schlimm.

Ein konkreter Fall: Ich habe ein Praktikum auf der Gynäkologie und Chirurgie gemacht. Eine geflüchtete Person hatte einen riesigen Abszess an der Brust. Sie hatte einen Vakuumverband. Sie hat über Schmerzen geklagt. Sie hat Novalgin als Medikament bekommen, hätte aber eigentlich ein stärkeres Medikament bekommen müssen. Es wurde ihr verweigert. Sie ist mit dem Infusionsständer auf den Gang gegangen, total kaputt und hat gesagt: Ich brauche irgendetwas. Dann war auch noch die sprachliche Barriere da. Die Menschen haben sie nur belächelt und haben gesagt: Sie ist ein bisschen psychotisch. Es wurde abgetan.

Es ist erschreckend, dass man darauf hinweisen muss, dass diese Person Schmerzen hat. Schmerz ist ein Ausdruck des menschlichen Körpers, ein Alarmsignal, dass irgendetwas nicht stimmt.

(Shreyasi Bhattacharya) Du hast gerade die Schmerztherapie erwähnt. Da gibt es auch eine berühmte Studie, zu Racial Bias. In der Studie wurden Medizinstudierende und Ärzt\*innen in der Weiterbildung befragt. Sie haben zehn Aussagen bekommen. Schwarze haben weniger Schmerzempfinden als Weiße, etc. Die Studie stammt aus dem Jahr 2016, noch nicht einmal so lange her. 50 % der Studierenden und Ärzt\*innen haben wenigstens eine falsche Aussage als richtig eingeordnet.

Wir sind immer sehr stolz. Wir praktizieren evidenzbasierte Medizin. Aber ich glaube, wir müssen uns mit der Frage befassen: Wo kommt diese Evidenz historisch her?

(Janice Owen-Aghedo) Ich kann von mir persönlich berichten. Ich bin früh zu meiner Frauenärztin gegangen mit sehr starken Schmerzen. Ich wurde nicht ernst genommen. Das erste, was kam: Ich sei zu sensibel. Ich könnte es doch aushalten. Ich wurde einfach überhaupt nicht ernst genommen. Das hat sich zehn Jahre bei mir gezogen. Ich bin von Ärzt\*in zu Ärzt\*in gerannt. Man hat mir nicht geglaubt.

Während der Untersuchungen war es tatsächlich so, dass ich nicht über meine klinischen Sachen abgefragt wurde. Ich wurde gefragt, wo ich herkomme, dass man es mir ansehe, etc. Es hat zehn Jahre gedauert, bis ich eine Diagnose bekommen habe. Das hat auch wiederum damit zu tun, wenn wir intersektional denken, dass ich eine Frau bin, die starke Schmerzen bei der Periode hatte und andere Symptome, daher wurde ich noch weniger ernst genommen.

Da kann man sehen, dass diese Racial Biases Menschen kaputtmachen. Ich bin zehn Jahre lang durch die Hölle gegangen, nur weil man mich nicht ernst genommen hat. Und weil man dazu auch noch, wie ihr gerade gesagt hattet, die Racial Biases hat.

(N'joula Baryoh) Vielen Dank für das Teilen. Das kann ich auch bestätigen aus der praktischen Arbeit im Krankenhaus. Um auf die Frage zurückzukommen, die Artefakte sind leider, leider oft gleichzusetzen mit den Errungenschaften der Medizin. Das, was wir als Errungenschaften

feiern, was die Kollegin schon angedeutet hat in der Gynäkologie, dass Dr. Sims afroamerikanische Frauen ohne Narkose operiert hat, der wird bis heute gefeiert als Wunder der modernen Medizin, weil er die OP-Techniken verbessert hat.

Dabei wird völlig außer Acht gelassen – ich bin schon etwas älter, ich habe mein Alter am Anfang nicht erwähnt, aber während meiner Studienzeit war das zum Beispiel nicht Teil der Ethik, der Medizingeschichte und Ethik. Es wird verpasst zu erwähnen, dass diese wichtige Operation der vaginalen Fistel darauf basiert, dass versklavte Schwarze Frauen und junge Mädchen ohne Anästhesie vor einem Publikum nackt ausgezogen wurden, operiert wurden und somit total entmenschlicht und dehumanisiert wurden.

Der Schwarze Körper, gerade der weibliche Körper wurde exploriert und ausgeschlachtet. Anders kann man es nicht nennen. Entschuldigung für die Ausdrucksweise. Aber das ist so. Das ist die Basis von vielem, womit wir uns heute in der Medizin eigentlich – wie soll ich sagen? – konfrontiert sehen. Ich glaube, das Problem an der Sache ist, dass die Medizin Wissenschaft ist. Und weil sie Wissenschaft ist, wird gesagt, es sei objektiv. Es ist eigentlich eine falsche Objektivierung, die stattfindet.

Daher wird alles andere abgetan, weil es nicht mehr gleich objektiv ist. Aber das Problem oder die Sache ist, die Kollegin sagte am Anfang, dass wir Studien haben. Wir haben Wissenschaft, die gegen Wissenschaft steht und eigentlich zum Vergleich herangezogen werden könnte. Ich glaube, deshalb müssen wir ehrlich sagen, ist es weniger ein medizinisches Problem, sondern ein gesellschaftliches Problem. Unser gesamtgesellschaftliches Problem, dass wir nicht zuschauen möchten, dass wir nicht auf das Problem schauen möchten.

Mit "wir" meine ich nicht mich oder uns. Sondern ich meine damit, dass die Mehrheitsgesellschaft da nicht hinschauen möchte, weil es bedeuten würde, dass Menschen sich selbst hinterfragen müssen: Wie ist meine Position? Wie ist meine Haltung? Medizin als wissenschaftliches Konstrukt ist eine Sache. Aber Menschen arbeiten in der Medizin.

(Ansiré Sissoko) Vielen Dank für eure Beiträge. Gerade deine Studie finde ich sehr interessant, weil wir darüber auch im Medizinstudium privat gesprochen haben. Es hat mich so schockiert, dass 30 % aller amerikanischen Medizinstudent\*innen denken, dass Schwarze weniger Schmerzen fühlen. Meine Kommiliton\*innen sitzen daneben und nicken. Es müsste ja

wissenschaftlich bewiesen sein. Ist es aber nicht. Bis heute denken Menschen, dass die Rassistheorie irgendwo auf Wissenschaft basiert, obwohl schon so oft das Gegenteil bewiesen wurde.

Als nächstes würde mich interessieren: Lässt sich Medizin heute dekolonialisieren?

(Janice Owen-Aghedo) Es passt sehr gut zu dem, was wir gerade gehört haben. Es fängt bei den Menschen an. Es ist schwierig, jahrelange Denkstrukturen umzustrukturieren. Es geht nicht von heute auf morgen. Zugeben zu müssen, dass das Gesundheitssystem rassistisch ist oder rassistische Strukturen im Gesundheitssystem herrschen, das ist ein Prozess. Ich möchte nicht mutmaßen, aber ich bin der Meinung, dass wir davon noch sehr, sehr weit entfernt sind. Eine Dekolonialisierung des Gesundheitssystems kann so noch nicht stattfinden.

(Shreyasi Bhattacharya) Ich könnte gerne aus Sicht einer Studentin berichten. Ich habe das Gefühl, dass sich die Lehrkräfte an den Status quo gewöhnt haben. Sie waren selbst Student\*innen, wo Weiße dominiert haben. Heute sehen wir die Studierenden, da gab es ein Projekt eines Medizinstudenten aus England, „Mind the Gap“. Der hat einfach eine Onlinedatenbank erstellt und wir alle haben Zugang darauf. Wie du gesagt hast, es gibt Studien, das Wissen ist da.

Es hängt an uns und an Menschen, die im Gesundheitssystem arbeiten, ob wir dieses Wissen auch umsetzen wollen. Vor ein paar Wochen kam auch das Bild, das ist viral gegangen. Es war ein Schwarzes Baby im Bauch. Es war so schön, wie das viral gegangen ist. Dann kam immer das Gefühl, dass es gerechtfertigt werden muss, dass People of Color oder Schwarze Menschen in Medizinlehrbüchern abgebildet werden müssen. Aber nein! Wir existieren und sind da. Wir müssen niemanden überzeugen, dass wir in Lehrbüchern abgebildet werden.

(Ansiré Sissoko) Kannst du kurz das Projekt „Mind the Gap“ erklären?

(Shreyasi Bhattacharya) Es war ein Medizinstudent aus England. Hauterkrankungen wurden im Lehrbuch nur an weißer Haut erklärt. Er wusste nicht, wie es bei ihm aussehen würde. Er hat angefangen, Fotos von Kommiliton\*innen zu sammeln und Fotos zu machen von brown und black skin. Das kann man jetzt downloaden.

(Janice Owen-Aghedo) Viele Krankheiten sehen bei Schwarzen Menschen anders aus. Beispielsweise Hautkrebs sieht auf dunkler Haut anders aus als auf weißer Haut. Oder die blauen Lippen, die wir angesprochen haben. Bei vielen Schwarzen Menschen werden die Lippen einfach nicht so blau, wie sie beschrieben werden. Das ist einfach grob fahrlässig. So werden Krankheiten nicht erkannt.

Genauso wie wenn wir noch mal über das Thema Gender Medizin sprechen, da ist es so, dass generell viele Erkrankungen bei Frauen oder bei weiblichen Personen anders verlaufen. Zum Beispiel beim Thema Herzinfarkt. Das Typische, dass der linke Arm kribbelt. Bei Frauen ist es einfach anders. Bei Schwarzen Frauen ist es noch mal anders.

(N'joula Baryoh) Ich möchte dazu noch etwas sagen, vor allem für Nicht-Mediziner\*innen: Wenn Menschen vielleicht nach Afrika gehen, dann wird eine Zyanose an einem Schwarzen Körper auch sichtbar. Das möchte ich sagen. Das ist richtig. Wenn wir davon sprechen, dass wir nur Unterschiede haben, ist genau das der Punkt, wo es entstanden ist, dass es biologische Unterschiede gibt, aber das ist es nicht, es sind Varianten. Zyanose kann man trotzdem erkennen. Dann schaut man ins Auge oder so. Oder in den Mund, in den Rachenraum. Es gibt Methoden, das zu erkennen. Es ist nicht schlimm, dass Mensch das nicht weiß. Schlimm ist die Ignoranz und das Nicht-dazu-lernen-Wollen.

Das müssen wir an der Wurzel packen in der Lehre. So traurig das ist, bei den Menschen, die jetzt seit Jahrzehnten praktizieren, stößt es erst auf Gehör, wenn es verbindlich gemacht wird. Es ist etwas, was wir für uns tun. Ich wollte nur kurz sagen: Diese Unterschiede, nicht darauf zu pochen, dass es biologische Unterschiede sind, sondern genau das ist es, was die Rassentheorie gemacht hat, zu sagen: Die Muskelmasse ist bei Schwarzen Menschen größer und dann GFR – das ist ein Parameter, der die Nierenfunktion angibt, und dass es in den Unterlagen die Unterteilung gibt in Kaukasier und Afro-Amerikaner.

Die Rassen-Eugeniker, auch Eugen Fischer, die in der Tropenmedizin waren, diese Rassen-Eugenik findet man – das ist nicht lange her – globaler verteilt, auch in der Familienplanung. Ich glaube, diese Verdrängungsmechanismen aufzubrechen und für sich persönlich zu sagen: Wie sieht es bei mir aus? Was habe ich für -ismen, wie reproduziere ich sie? Wir sind hier sozialisiert. Ich glaube, wir könnten das. Deshalb bilden wir Netzwerke, organisieren wir uns.

In den Organisationen müssen wir zuerst den Internalisierungsrassismus bekämpfen um zu sehen, wie wir in unseren Communities leben.

Wie sieht es mit dem klassizistischen Rassismus aus? Diese Gruppe ist schön, aber wer hat Zugang dazu? Wer versteht, was wir sprechen? Das denke ich, ich bin gerne positiv. Ich glaube, Dekolonialisierung ist möglich. Es ist für alle möglich, aber für mich persönlich gehört dazu, dass ich das für mich klarstelle, dass Medizin den Ursprung nicht hier hat. Medizin und Wissenschaft hat den Ursprung in Afrika. Damit greife ich auf eine Zeit lange vor dem Kolonialismus. Gedanklich macht es für mich den Unterschied, dass ich eine andere Perspektive habe und eine selbstbewusstere Perspektive.

Ich verfluche nicht die Schulmedizin oder die sogenannte klassische Medizin, aber klassische und traditionelle Medizin, die ist negativ konnotiert. Was passiert da? Hier sollten wir unsere Sprache hinterfragen und auch unseren Blickwinkel. Wir können die Dekolonialisierung angehen.

(Kadijata Bailor Bah) Der Prozess, auch der Aufarbeitung, ist sehr radikal. Das hat nicht mit Reformen, Diversität, Sichtbarkeit zu tun. Man muss sich vorstellen, dass Menschen, die die gesellschaftliche und soziale und ethnische Norm sind --- die müssten ihre eigene Identität hinterfragen. Das ist ein riesengroßer Prozess. Sie hatte das schon angesprochen, auch in Bezug auf Deutschland, mit der Aufarbeitung des Nationalsozialismus. Es wird darüber geredet, aber wird wirklich etwas gemacht? Werden materielle Verhältnisse der Nachkomm\*innen verändert? Nein!

In der Medizin ist es genauso. Das Ding ist, dass wir erst damit anfangen, darüber zu sprechen, ob es Rassismus in der Medizin gibt, und nicht, wo er ist. Es wird darüber gesprochen, ob es ihn gibt und nicht, wo. Es ist schon erklärt worden, das hat sehr viel mit Erklärung zu tun. Rassismus ist blöd, wir haben diese Vergangenheit, das ist rassistisch, wir können doch nicht rassistisch sein, das ist zwei bis drei Generationen her. Stellen Sie sich das vor? Es gibt immer noch Holocaust-Leugner\*innen. Die Leute, wie z. B. die mit Nazi-Hintergrund, die haben nicht die Kapazität zu akzeptieren, dass es die Sachen gibt. Daran könnte man anknüpfen. Deshalb ist der Prozess so schwierig.

Wissenschaft ist auch nur objektiv, weil der weiße Mann gesagt hat, sie sei objektiv. Objektivität im eurozentrischen Kontext ist nur objektiv, wenn es vom weißen Mann kommt. Der Prozess ist extrem schwer, es ist schön, dass wir Menschen haben, die das reformieren wollen. Es liegt in den einzelnen Personen und auch im Kollektiv, dass sich Deutschland verändert. Holocaust-Gedenktag war gestern und noch immer haben wir solche Leute!

(Shreyasi Bhattacharya) Es gibt einen Test dazu, den kann jeder ablegen. Ich bin sicher, dass die meisten vom Ergebnis sehr überrascht sind. Wir wurden alle so konditioniert, das ist eher unbewusst ist, die Haltungen, die wir übernommen haben, weil wir so sozialisiert wurden. Wenn ihr anfangen wollt, antirassistisch auf individueller Ebene zu werden, dann macht diesen Test!

(Janice Owen-Aghedo) Unabhängig von Rassismus, wir sind biased. Wir haben unbewusste Denkmuster. Es gibt von Harvard viele Tests, es ist der implicit association test – es geht darum, sich bewusst zu machen, dass man Biases hat und daran arbeitet. Man soll sich bewusst machen, dass man falsche Denkstrukturen hat, und was man tun kann, was man dagegen tun kann. Ich möchte niemanden an den Pranger stellen. Aber du hast gesagt: Ich war selbst überrascht, was für Biases ich habe. Ich muss aktiv daran arbeiten.

(Shreyasi Bhattacharya) Besonders als Mediziner\*innen – d ging es in einer Studie letzte Woche um Stigmatisierung in der Sprache. Das wurde analysiert. Sie haben gesehen, dass Wörter wie „aufgewühlt“, „unruhig“, „nicht compliant“ 2,5 mal häufiger in den Akten von Schwarzen Personen zu sehen waren. Hier sieht man, wie ein System sich aufrechterhält. Ich sehe eine Person, und dann schreibe ich diese Wörter in die Akte. Dann kommt die nächste Ärztin und schaut sich die Akte an und sieht diese Wörter. Sie hat schon ein Bias entwickelt, ohne überhaupt nachzudenken.

Wir geben das Wissen weiter, bis wir uns kritisch hinterfragen, warum wir so denken - und genau darum geht es.

(N'joula Baryoh) Um ganz praktisch zu werden: Was bedeutet das auf der Station? Ich rede wieder über meinen Fachbereich, weil ich das am besten kann. Schwarze Frau entbindet, hat ihr Kind, kommt auf Station. Dann sieht sie bis zur Entlassung - mit Glück - einmal am Tag Pflegepersonal. Warum? Auf Station heißt es: Sie hat keine Schmerzen, so eine wie sie – egal

ob Geburtsverletzungen vorliegen oder nicht, also bei einer vaginalen Entbindung, und das Thema Stillen - das klappt doch bei afrikanischen Frauen immer, die haben doch mehrere Kinder.

Die Nachbetreuung ist genauso schlecht. Und wenn sie sagen, es liegt etwas ganz anderes vor, das nichts zu tun hat mit dem Kontext, mit der Schwangerschaft zu tun hat, dann ist klar, dass die Mortalität viel schneller wegen etwas anderem entstehen kann. Die Fehlversorgung oder schlechte Versorgung, die daraus resultiert. Deshalb ist Rassismus in der Medizin so gefährlich.

Es geht einfach nur darum, hinzuschauen! Alle diese Beispiele, die wir benennen können, auch zu wiederholen, auch wenn wir durch die Retraumatisierung gehen. In den letzten Ecken gibt es jemanden, der selbst zu dieser Gruppe gehört oder auch --- und schreitet ein. Das Problem ist, die Medizin ist sehr hierarchisch. Wenn ein Mensch auf Station ist und ihr mitläuft auf Visite, man sieht Rassismus nicht an der eigenen Person, sondern an Patient\*innen.

Ich wage zu behaupten, dass die wenigsten sich in Zivilcourage üben. Einfach, weil das auch so überliefert ist, dass das Medizin ist, der hierarchische, meist männlich, also der weiße cis Mann, dann Oberärzt\*innen, und Student\*innen. Da nimmt sich die Unterschicht nicht heraus. Das Wissen wird weitergegeben.

(Ansiré Sissoko) Was sind eure Lösungsansätze, was ist das Hauptaugenmerk, wo wir ansetzen müssen und können? Vielleicht einmal jede ganz kurz?

(Kadijata Bailor Bah) Es gibt den Lernzielkatalog für Medizinstudierende, vom medizinischen Fakultätentag. Da gibt es noch keine anti-rassistischen oder rassismuskritischen Dinge als Parameter. An diese richten sich natürlich die ganzen Landesprüfungsämter. So wird auch medizinische Lehre gemacht. Es hängt auch mit den Kursen, die wir machen. Hierarchie wurde beschrieben. Selbst wenn man selbst marginalisiert ist, dann ist es noch mal etwas anderes zu sagen: Hier ist etwas falsch. Die Repressionen sind so viel größer, man muss sich selbst etwas anhören, man wird belächelt.

Andere Studierende schauen einfach nur zu. Sie machen nichts. Gerade Personen, die einen hohen sozioökonomischen Status haben, Kinder von Ärzt\*innen, sind weiß. Die Bereitschaft ist noch nicht da, das auch anzunehmen. Janice hat es sehr gut erklärt, es wird immer

weitergegeben. Wir müssen von oben anfangen mit den Lernzielkatalogen und diese umstrukturieren.

(Janice Owen-Aghedo) Ich komme nicht aus dem medizinischen Bereich. Meine Devise ist: Laut werden! Schreien! Aktivismus betreiben! Ich wurde zehn Jahre von Ärzt\*innen abgewiesen. Ich habe mir als Ziel gesetzt, darüber aufzuklären und Awareness zu erreichen. Ich möchte viele Menschen draußen erreichen und zeigen, dass diese Verhaltensweisen von Ärzt\*innen nicht gehen. Es ist gefährlich. Er habe schon gehört: Rassismus kann Menschen umbringen!

Daher ist meine Devise, wirklich Aktivismus zu betreiben. An Demos teilnehmen, Menschen inspirieren, ihre Verhaltensweisen zu ändern.

(N'joula Baryoh) Ich würde weitermachen: Ich glaube, aktiv werden bedeutet auch, dass wir aktiv fördern, weil wir das auch dürfen, weil das ein Teil des Menschseins bedeutet. Gleichheit bedeutet: Aufzuzeigen, wir haben unterschiedliche Lebensrealitäten, aber wir fordern ganz aktiv. Wenn das Problem die Sprache ist, warum gibt es keine Dolmetscher\*innen?

Warum müssen bestimmte Personen, die in einer ganz anderen Funktion im Krankenhaus arbeiten, nicht mal medizinisch, dolmetschen? Es geht um Datenschutz, aber das wird komplett ausgeblendet. Die Personengruppe, die auch marginalisiert ist, wird hinzugerufen, um eine medizinische Operation zu erklären und zu erläutern. Das geht nicht!

Rassismuserfahrung im Krankenhaus, wenn das das Problem ist, wo melde ich das? Während ich im Krankenhaus bin und gerade vor oder nach einer Operation bin, schreibe ich den Beschwerdebrief und schmeiße ihn in den Briefkasten? Ganz sicher nicht. Und wir können uns vorstellen, was passiert, wenn das im Nachhinein kommt.

Es gibt einen Antirassismus-Beauftragten in Hessen bei der Landestelle. Dieser Mensch ist männlich, etwas älteren Semesters und weiß. Es ist also ganz klar, dass man solche Strukturen fördern muss, damit sie eingeführt werden. Aktivismus ist schön und gut, aber man muss es auch ausführen. Das gehört dazu. Das möchte ich heute sagen, das müssen wir auch fördern. Und fordern. Wir brauchen die Bekämpfung des Rassismus. Wir haben auch Rassismus-

Erfahrung, die wir in der Familie erleben und die wir weiter bekommen. Transmitted Trauma Stressoren.

Vielleicht haben wir schon Eltern mit Migrationsbiographie. Es wird dort also auch weitergegeben. Das macht müde. Jetzt endlich mal ein bisschen Werbung für Black in Medicine: Das machen wir auch. Wir können untereinander sprechen und haben einfach einen Raum, wo wir all diese Geschichten auf den Tisch bringen können. In einem gesicherten Raum, wo aber auch in Zusammenarbeit mit Hochschulen und Akteur\*innen aus der Wissenschaft genau das gefördert wird, auf jeder Ebene. Auch besonders in Curricula, dass diese Stereotypen benannt werden und entfernt werden. Das wird gefördert.

Es ist auch wichtig, dass wir für die jüngere Generation sichtbar machen, dass wir Vorbilder haben. Diese Spiegelung ist sehr wichtig. Ihr seid alle etwas jünger. Ich hatte es nicht. Auch die ganzen medialen Performances und Sichtbarkeit. Die hatte ich nicht. Das ist ein wichtiger Punkt, weil es für die Persönlichkeitsentwicklung wichtig ist, dass man einen Spiegel sieht. Das ist wichtig für die Entwicklung von einem selbst. Vielen Dank für den heutigen Abend.

(Ansiré Sissoko) Shreyasi, möchtest du auch etwas dazu sagen?

(Shreyasi Bhattacharya) Ich betreibe viel Aktivismus und bin auf der universitären Ebene unterwegs. Was mir fehlt – viele waren selbst in der Universität und hatten diese weiße Perspektive, die dominiert hat. Teilweise kommen Menschen mit einer neuen Perspektive. Aber sie kommen nicht weiter. Daher ist es wichtig, dass die Universitäten sehen, ob es ein performatives Bekenntnis ist, dann schreibe ich es auf die Homepage: Ich bin gegen Rassismus. Oder möchte ich es wirklich durchbrechen? Man muss den Studierenden mehr Macht geben bei den Entscheidungen, mit dem Curriculum. So können wir tatsächlich etwas ändern und es nachhaltig machen.

(Kadijata Bailor Bah) Was noch ergänzend sehr wichtig ist, dass sit Werbung für uns für das Bundesfachnetz für Gesundheit und Rassismus. Wichtig ist die Vernetzung unter einander. Safer Spaces. Wir sind ein Netzwerk, das nur aus Schwarzen, indigenen und PoC Personen entsteht. Wir wollen wirklich lösungsorientiert arbeiten. Dazu gehört, dass wir aufmerksam machen müssen. Der Kabinettausschuss für Rassismus hat diesen Maßnahmenkatalog erfasst. Nicht einmal stand dort Rassismus in der Gesundheit. 1 Milliarde € hat Deutschland investiert

in diesem Maßnahmenkatalog. Es ist viel zu wenig dafür, wenn man sieht, dass noch so viele Probleme bestehen.

Aber Rassismus in der Gesundheit oder der Zugang dazu, das stand kein einziges Mal drin. Das sind Dinge, die wir jetzt in Angriff nehmen. Wir wollen vernetzen zwischen den verschiedenen Initiativen. Dass solche Veranstaltungen stattfinden, dass mehr darüber gesprochen wird. Wie N'joula gesagt hat, es ist ein großer Vorteil, den wir hier nutzen können, dass medial so viel Reichweite entstehen kann. Das wollte ich noch ergänzen.

(Ansiré Sissoko) Super, danke dir. Dann das letzte Thema: Intersektionalität. Vielleicht kann jemand das einfach zusammenfassen für all jene, die nicht wissen, was es ist?

(Kadijata Bailor Bah) Dieser Begriff wurde von einer Schwarzen Aktivistin geprägt, von Kimberly Crenshaw. Sie hat zusammengefasst, wie mehrfache Marginalisierung lebensabhängig ist. Shreyasi hat bestimmt noch etwas dazu sagen.

(Shreyasi Bhattacharya) Wir hatten eine Vorlesung. Es war sehr schön, wie die Dozentin es gesagt hat. Rassismus kommt nicht alleine, es kommt immer mit Geschwistern. Wie mit Sexismus beispielsweise. Wir sind also nicht nur von Rassismus betroffen, als PoC, sondern auch von Sexismus. Und je nach Hintergrund auch noch von mehr.

(Ansiré Sissoko) Dankeschön. Wieso lässt sich Race und Gender im medizinischen Kontext nicht voneinander trennen? Und welchen Gefahren sind diese Personen im gesundheitlichen Kontext ausgesetzt?

(N'joula Baryoh) Ich glaube das wurde eigentlich schon erläutert. Wenn wir sagen, der Nullpunkt, das ist der weiße Mann - früher waren es 1,70 m, jetzt 1,80 m, früher 70 kg, heute 80 kg.

Alles, was weiter weg ist von dem weißen Mann, also weiblich, Gender, etc. Das wird nicht beachtet. Dieses Thema muss man besprechen. Ich frage mich immer: Wie schaffen wir das auch wieder in dem Sinne, dass Medizin sich verändert und weiterentwickelt hat. Sie ist viel weiblicher geworden. Das ist ein Fakt. Es gibt einfach mehr biologisch weiblich gelesene

Personen in der Medizin. Aber dann ist auch wieder die Sache, diese weiblich gelesenen Personen sind auch wieder Personen mit dieser Haltung, die sozio-ökonomisch geprägt wurde.

Es setzt genau wieder da an: Es ist wichtig, dass wir es in die Studiengänge bringen, dass wir in den Hochschulen darauf bestehen, dass es integrationsorganisierte Personen gibt, die nicht nur auf dem Papier dort stehen, sondern auch budgetiert werden und dort arbeiten können und alles im Blick haben. Denn das alleine macht es noch nicht aus.

Jetzt habe ich mich etwas verhaspelt.

(Kadijata Bailor Bah) Vielleicht noch ergänzend zu dem Thema Weiblichkeit, da sind wir wieder bei Intersektion. Weiblichkeit wird bei Schwarzen Personen, People of Color, anders definiert. Also wieder das „einbezogen werden“ in der Gendermedizin. Es ist alles wieder sehr weiß geprägt. Da sind wir wieder bei Gender Medizin.

Geflüchtete Personen haben einen sehr eingeschränkten Zugang hier in Deutschland zu Medizin. Um ein Beispiel zu nennen, die Ethikkommission der Bundesärztekammer haben das Problem erkannt, dass sehr viele geflüchtete Menschen, vor allen Dingen weibliche Personen – weiblich gelesene Personen und Trans-Personen – medizinische Leistungen nicht in Anspruch nehmen, weil sie Angst haben, dass sie abgeschoben werden, wenn sie einen nicht offiziellen Aufenthaltsstatus haben. Das passiert, weil die ärztliche Schweigepflicht zwar existiert, aber die Behandlung von geflüchteten Menschen auf die Sozialämter und Ausländerbehörden zurückzuführen ist.

Die heben teilweise diese Schweigepflicht auf, da keine Verpflichtung existiert. Dann werden quasi die Daten von den Personen an die Ausländerbehörden weitergegeben und so passiert es, dass sehr viele geflüchtete Menschen einfach diesen Zugang zum Gesundheitswesen nicht wahrnehmen, auch wenn er de facto da ist. Das ist wieder eine Komponente von mehrfacher Marginalisierung.

(Ansiré Sissoko) Vielen Dank, wir sind fast am Ende. Ich frage Alina, ob es Fragen aus dem Publikum oder aus dem Chat gibt. Im Chat wurde hauptsächlich nach spezifischen Tests oder Studien gefragt, die ihr benannt habt. Vielleicht können wir die Quellen danach sammeln und teilen auf der Website. Ansonsten frage ich in den Raum, ob es hier in der Halle Fragen gibt?

Dann könnten wir mit einem Mikro zu euch kommen. Wenn nicht, können wir noch weiter diskutieren, oder wir können zu den Schlussworten kommen.

Es gibt keine Fragen. Dann würde ich euch das letzte Wort überlassen, was euch wichtig ist - doch eine Frage?

(Teilnehmer\*in) Vielen lieben Dank für das Teilen und für den Abend. Ich hätte eine Frage zum Thema Ernstnehmen bei psychischen Krankheiten, wenn es darum geht, nicht diagnostizierte Krankheiten, die dazu führen, dass eine Person das beim Arbeitgeber nicht angeben kann. Diese Personen verlieren die Lebensgrundlage aufgrund nicht anerkannter psychischer Belastungen, oder dass ihnen nicht geglaubt wird oder es ihnen nicht gestattet wird.

(Ansiré Sissoko) Möchte jemand etwas dazu sagen?

(Shreyasi Bhattacharya) Ich kann dazu sagen, dass ein Professor an der University of Columbia Studien dazu führt – Dauerbelastungsstörung - ich weiß gerade nicht, wie die Studie heißt. Er hat versucht, Messinstrumente zu entwickeln. Nur weil wir keine Diagnostik haben, heißt es nicht, dass die Probleme nicht existieren. Es wird gerade versucht, das durchzusetzen, mehr weiß ich dazu nicht.

(N'joula Baryoh) Dazu möchte ich auch etwas sagen. Es sollte dazu kommen, dass das erfasst werden kann, nicht nur, dass wir wissen, dass es diese Belastungsstörungen gibt, sondern dass die auch einen ICD-Schlüssel bekommen und dieser angewendet wird. Egal ob im ambulanten oder stationären Bereich. Dann geht das zu den Krankenkassen. Das Kursieren führt vielleicht dazu, dass es bekannt wird - bei jedem Akteur, jeder Akteurin im Gesundheitswesen.

(Kadijata Bailor Bah) Dass wir die Operationalisierungskriterien festlegen in Deutschland. Wir haben die internationalen Studien, aber Deutschland ist es eine ganz andere Art und Weise, wie Rassismus etc. aufgearbeitet wird. Es geht wieder um Rassismuskritisches. Wir haben genau das aufgegriffen, wie der Professor aus Columbia. Wir müssen anfangen, wie wir rassistische Diskriminierung rationalisieren, wie wir das durch Studien validieren können, das Wording von Studien ist auch wichtig, dass das einheitlich ist und auch finanziert wird.

Es gibt qualitative Studien genug, aber keine quantitativen. Es gibt viele Leute, die Masterarbeiten schreiben über Hebammenwissenschaften zum Beispiel und auch qualitative Studien machen. Aber es fehlen hinten und vorne die Ressourcen für Menschen, die sich damit beschäftigen möchten. Ich habe auch keine deutsche Studie aus dem Stegreif, die das Thema psychische Gesundheit diesbezüglich aufarbeitet. Es ist auf jeden Fall sehr viel Bedarf da.

(Teilnehmer\*in) Danke, ich fand den Gedanken wichtig mit der elektronischen Patientenakte. Ich finde es wichtig, dass man aufpasst, was man da niederschreibt. Sehr nachhaltig. Es gibt ja Leitlinien in der Medizin, die wichtige Versorgungsstrukturen waren. Da gibt es ja in der Zwischenzeit Patient\*innen aus den Selbsthilfegruppen. Da, denke ich, sind auch Minoritäten und PoC nicht ausreichend vertreten in den Strukturen für die Erstellung von Leitlinien, bei der Behandlungen von Krankheitsbildern festgeschrieben werden.

(Ansiré Sissoko) Möchte jemand etwas dazu sagen? Nein? Alles klar!

(Alina Buchberger) Alina hier. Es sind zwei Fragen aus dem Chat. Die digitalen Teilnehmer\*innen sollen auch zu Wort kommen. Die Studien zu den dermatologischen Untersuchungen - die können wir auch noch im Nachgang schicken. Und könnten Sie das noch ausführen mit den Wurzeln der Medizin in Afrika?

(N'joula Baryoh) Man könnte schauen, was in der Pharmakologie übernommen wurde, wenn wir bei Naturheilverfahren, wie sie gerne genannt werden, schauen möchten und natürlich auch Mathematik und andere Dinge angeschaut werden, die gelehrt werden.

(Kadijata Bailor Bah) Praktisches Beispiel: Die Briten haben Gin Tonic für Malariaprophylaxe verwendet. Chinin war in den von den Briten belagerten Ländern schon längst Praxis dafür. Es gab große Datenbanken, wie z.B. an der Universität von Alexandria, im Mali-Reich, in Timbuktu, da gab es schon viele Sammlungen, bevor in Europa überhaupt darüber nachgedacht wurde - da gab es immer die kritischen Fragen: Kam das wirklich aus Afrika?

(Ansiré Sissoko) Eine letzte Frage kam herein, ich lese die mal vor: Viele Praktiker waren PoC - warum wurde das Gap nicht mit einbezogen?

(Shreyasi Bhattacharya) Es hat so lange gedauert, bis das bekannt geworden ist. Je weiter wir in der Weiterbildung kommen, umso schwieriger wird es, uns einzusetzen, weil wir uns anpassen müssen, um in diesen Systemen weiterzukommen. Es ist schwierig, wenn du schon so weit bist, anzufragen, ob das gut ist, was man macht. Man hat als Mediziner mehr Freiraum.

(Ansiré Sissoko) Mich irritiert, dass viele Practitioners PoCs sind. Also geht es dort eher um die Pflegekräfte?

(N'joula Baryoh) Ich möchte gerne wissen, in welcher Stadt das ist, aber man geht davon aus, dass die praktizierenden Leute die Arbeit tun sollen. Wir sind nicht anders.

(Shreyasi Bhattacharya) Es wird gesagt, dass wir die Arbeit übernehmen müssen.

(Kadijata Bailor Bah) Es entmachtet mich. Wer gibt uns Möglichkeiten? Und dann uns die Sache zuschieben, dass wir die Arbeit machen müssen, das kann nicht sein.

(Ansiré Sissoko) Wer soll das außerdem finanzieren? In Afrika sind die meisten Ärztinnen Schwarz, trotzdem haben sie mit weißen Lehrbüchern gelernt, wo weiße Haut abgebildet ist. Sie wissen halt aus Erfahrung, wie es aussieht. Aber sie mussten mit diesen Büchern lernen.

(Janice Owen-Aghedo) In meiner Laufbahn der Diagnose sind mir sehr, sehr wenig PoC Ärzt\*innen in der Chefetage begegnet.

(N'joula Baryoh) Medizinisches Fachpersonal muss vielleicht auch internalisierten Rassismus haben, um überhaupt dort hinzukommen. Mit einer kritischen Haltung kommt man vielleicht nicht an höhere Stellen oder Positionen. Das, was bei Patient\*innen unangenehm ist, stört, nervt, ist bei Kolleg\*innen potenziert.

Ich sage nicht, dass das generell der Fall ist, ich möchte nur anmerken, dass wir das im Hinterkopf behalten und das ist auch wieder dieses Phänomen - das macht gerade etwas mit mir, zu sagen --- vielleicht habe ich hier auch eine Fehlinterpretation, aber wir haben den ganzen Abend darüber gesprochen, dass es nicht Sinn der Sache sein kann und darf, diese Extraarbeit, diese Tätigkeit, der Beruf mit dem Mangel an ärztlichem und pflegerischem Personal, dass das schon eine große Herausforderung ist.

Und dann soll die Arbeit auch noch vor Ort geleistet werden? Das finde ich schwierig.

(Ansiré Sissoko) Das finde ich ein gutes Schlusswort. Ich bedanke mich bei euch allen für eure Beteiligung. Ich hoffe, ihr konntet etwas daraus mitnehmen und vielleicht besucht ihr noch die anderen Performances nach uns oder den Open Space am Sonntag. Bis bald, ich hoffe, wir sehen uns wieder, ich wünsche euch noch einen schönen Abend!