

Medical students' perspectives on racism in medicine and healthcare in Germany: Identified problems and learning needs for medical education

Abstract

Objective: Against the backdrop of considerable lack of research, this study provides the first exploration of medical students' perspectives on racism in medicine and healthcare in Germany. The aim is to identify problems and learning needs for medical education. We address the following research questions:

- How do medical students perceive racism in medicine and healthcare in Germany?
- How do they address, understand, and discuss different aspects of racism in this context?
- What are their expectations regarding the role of medical education?

Methods: Semi-structured online focus group discussions were conducted with 32 medical students from 13 different medical schools in Germany. The discussions were transcribed and analyzed using qualitative content analysis.

Results: Based on the analysis of the focus groups, four main hypotheses could be formulated:

1. Medical students perceive racism in medicine and healthcare in Germany as a ubiquitous phenomenon.
2. They have problems to identify racist behaviour and structures due to conceptual knowledge gaps.
3. They are insecure how to deal with racism on a situational level.
4. They hold medical education accountable to tackle racism in medicine and healthcare on various levels.

Conclusion: Our study raises specific learning needs for addressing racism in medicine and healthcare in Germany. Research from the US-context might inspire innovative approaches for German medical education but needs to take national specificities into account. Further research is needed to prepare the implementation of antiracist training in German medical education.

Keywords: racism, healthcare, medical education, medical students, Germany

Simon Matteo

Gerhards¹

Mark Schweda¹

Merle Weßel¹

¹ Carl von Ossietzky University of Oldenburg, School of Medicine and Health Sciences, Department for Health Services Research, Medical Ethics Division, Oldenburg, Germany

1. Introduction

In the revision of the *National Competence Based Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Education* (NKLM) [<https://www.nklm.de>], racism is explicitly addressed as a relevant topic of German medical education for the first time (e.g., NKLM 2.0, VIII.6-04.4.13) [<https://nklm.de/Zend/objective/view/id/10001324/essential/yes/lve/211449>]. This marks the acknowledgment of a long-standing desideratum in Germany. The rejection of any form of discrimination constitutes an important precept of medical ethics articulated in prominent professional codices, such as the World Medical Association's Geneva Declaration. Moreover, at the national level, the German General Act on Equal Treatment (AGG) also applies to racist discrimination in the healthcare system [1]. Nevertheless, the topic of racism has long been neglected in German medical education and has only partially been discussed from a historical perspective focusing on medicine under National Socialism [2]. In the wake of contemporary antiracist movements, professional networks and student initiatives highlight the gap between the national discussion and the state of the international debate [3], [4], [5], [6].

Especially within the Anglo-American discussion, there has been a surge of research and strategic actions addressing racism, discrimination, and structural disparities in medicine and healthcare in recent years [7], [8]. By comparison, the state of the German debate is underdeveloped, and at best, fragmentary [9]. Although several studies highlight differences in healthcare and health status of migrant populations [10] and report experiences of racist discrimination [11], [12], comprehensive data on, and detailed analyses of, racism in medicine and healthcare in Germany are largely missing [13]. One of the consequences is the lack of empirical knowledge and evidence-based, context-sensitive approaches to the problem in German medical education. Isolated studies have analyzed the subtle influence of professional socialization on the ways in which medical students in Germany deal with socio-cultural diversity and interculturality [14]. However, there is not currently any systematic research explicitly examining their perspectives on racism. Thus, research that provides reliable knowledge on the actual state of their relevant competences and learning needs in this field is urgently needed, in order for suitable didactical strategies to realize the related learning objectives and address racism in medicine and healthcare.

Against this backdrop, our study provides the first exploration of medical students' awareness of racism in medicine and healthcare in Germany. Guided by Kern's six step approach of curriculum development [15], we identify problems and learning needs for medical education. Our research questions are:

- How do medical students perceive racism in medicine and healthcare in Germany?
- How do they address, understand, and discuss different aspects of racism in this context?

- What are their expectations regarding the role of medical education?

To answer these questions, we conducted online focus groups with students from medical schools all over Germany. The discussions covered aspects of interpersonal, institutional, and structural racism as well as demands for medical education to address these topics. The data were analyzed with qualitative content analysis.

2. Methods

Given the lack of previous research on this topic, we developed an explorative qualitative study. To elucidate medical students' awareness and understanding of racism in medicine and healthcare, we conducted several moderated online focus group discussions with four to seven participants. This method appeared particularly suitable to elicit a range of different positions and arguments.

The recruitment of participants took place between June and August 2021. Public calls for participation were disseminated via local student bodies, offices of student affairs, lecturers, informal student groups, and social media. We used a snowball sampling method. A pre-questionnaire was distributed to collect socio-demographic information (age, gender, study year, experience of discrimination, political activities).

The composition of the sample was aimed to be as diverse as possible regarding gender, study year, sociocultural background, and geographical location. Inclusion criteria were legal age, sufficient proficiency in the German language, and enrolment in medicine at a university in Germany. Participants provided written informed consent in advance. Institutional review board approval was obtained from the ethics committee of the Medical Faculty of the University of Oldenburg (No. 2021-080).

Altogether, six focus group discussions with 32 participants took place between July and September 2021. The participants came from 13 different medical schools across Germany (see table 1). The group discussions were conducted online with the video conference tool Webex and lasted between 90 minutes and two hours. The discussions were moderated by a team of two facilitators, a medical student at the University of Oldenburg and a post-doctoral researcher who teaches medical ethics at the same institution. They used a semi-structured discussion guideline which covered experiences and understandings of interpersonal, institutional, and structural racism as well as students' possible demands regarding medical education. The audio from the discussions was recorded, and then transcribed verbatim and pseudonymized. We conducted a structured qualitative content analysis following Kuckartz, assisted by MAXQDA software [16]. For this purpose, we derived a set of codes to structure the material according to central thematic aspects. In addition, inductive codes were created during the analysis process to capture themes emerging from

Table 1: Participants characteristics

Total number of participants	32
Self-identified gender	male = 8 female = 23 diverse = 1
Age (range)	18 – 31 years
Age (mean)	24,8 years
Academic year (range)	1 st – 6 th
1 st year (number)	5
2 nd year (number)	5
3 rd year (number)	3
4 th year (number)	8
5 th year (number)	7
≥ 6 th year (number)	3
NI (number)	1
Participants who experienced racism	6
Politically engaged participants	12

the material. The analysis resulted in the identification of four hypotheses.

3. Results

Our results illustrate medical students' multi-layered perceptions of racism in medicine and healthcare in the German context. They mirror their problem awareness as well as their difficulties in addressing issues of racism. Thus, they also point to specific learning needs and perspectives on the curriculum in medical education.

3.1. The experience of racism is ubiquitous in medicine

In the focus group discussions, racism in medicine and healthcare appears as an omnipresent problem that links interpersonal interaction with institutional and structural factors.

3.1.1. Racism in interindividual interactions

Throughout all the conducted focus groups, medical students report racism in interindividual interactions within healthcare and medical education, irrespectively of different medical specialties. While racist discrimination from healthcare workers against patients is perceived as particularly problematic, experiences of racism are reported across all groups in medicine, healthcare, and education, such as patients, doctors, nurses, lecturers, and students. One student who identifies as a person of colour in the discussion explains: *“as a patient or a medical professional, as a person of colour in a hospital, you just expect to experience racism”* (F5,27). Racism is a common experience for racialized healthcare practitioners and students. For example, they describe being perceived as less competent, not as a doctor (D1,64), or being referred to as “unclean” and carriers of infectious diseases (C3,23).

Some patients refused to be examined by them (D3,23). The combination of subtle everyday experiences of racism and explicit racist aggressions, such as somebody who *“throws a T-shirt at me and says, well, my T-shirt comes from where you come from”* (F5,27) are seen as troubling and impeding the affected students' focus and learning experience: *“that’s just fucking exhausting to sit there all the time and justify your existence”* (F5,27).

3.1.2. Institutionalized racism: racist knowledge (gaps) in medicine

Racism is also reported in context of institutional and structural conditions. In medical schools, students remember racist knowledge and stereotypes that are imparted from academic and clinical teaching. They criticize lecturers' lack of sensitivity for, and the uncritical use of, racist stereotypes and categorizations:

“the lecturer had projected a small comic on the wall, where [...] somehow a room was to be seen. A turban wearing man with a long beard and a bomb belt came in, shouted Allahu Akbar and uh the people sitting in there said “bless you”. And so that was the joke.” (A3,38)

Only after a Muslim student drew attention to the problematic content, other students evaluated the comic as *“wide off the mark”* and to *“serve racist stereotypes”* (A3,38).

Also, the teaching material is subject to criticism. One student remembers that *“these teaching materials are very problematic and discriminating [...] Always for the disgusting diseases it’s racialized people”* (A1,40). Moreover, students criticize the use of racial categorizations in books, lectures, and medical guidelines for falsely implying biological differences between races. One participant claims that when these categorizations come up in lectures for example, in health data from the US-context, they are often not sufficiently contextualized (B5,124). At the same time, students identify institutional

racism in what is not taught, for example in the context of teaching common diseases on darker skin in dermatology: *"classic children's diseases [...] mumps, measles, rubella, cyanosis are not shown in the textbooks with black people"* (F3,71). Students find this knowledge gap problematic as it may impede the quality of healthcare for patients with darker skin (D1,15).

3.2. Medical students have difficulties understanding levels of racism

Although the participants report many pertinent experiences, the definite assessment of the range of racism in medicine and healthcare poses a challenge. The medical students lack the theoretical knowledge to define racism since *"everyone defines racism differently or sees the boundaries differently"* (D3,41). Furthermore, some participants have difficulties to differentiate between racism and professional medical reasoning and behaviour. For example, there is intensive discussion about the legitimacy of the term *"Morbus Mediterraneus"* (e.g., A2,24). While some find its use *"super racist"* (A1,25), others understand it as *"very practical"* (A3,33) because *"ultimately this is also very important for us in medicine, of course within a certain limit, [...] to classify people and to think in rough pigeonholes. In the end, there's no other way to do it"* (F4,36). Racial categorizations are therefore not understood as *"per se"* racist by some students as it is *"about medical conditions, somehow to represent and to be able to measure certain things"* (F2,38).

Medical students find it difficult to identify structural racism. While it is easier for them to identify racism on the individual level, the understanding of structural racism in the German context poses a significant challenge. Confronted with examples of structural racism in the US-context during the focus groups, students can identify structural disparities but repeatedly speculate to what extent the true reason for health disparities is a matter of lifestyle (C2,64). When discussing similar phenomena in the German context, they tend to play down the effect of structural racism on health compared to other factors, such as socioeconomic status or educational background. One student with no personal experience of racist discrimination reasons: *"I hope that they are not treated badly due to their skin colour. [...] but that it [the unequal treatment] is based on the socio-economic status"* (A3,75). While healthcare disparities between different patient groups are acknowledged, racism is not seen as the root cause, but rather substituted for other categories like class.

3.3. Medical students are uncertain about how to deal with experienced racism

When discussing racism in medicine, students with and without own experiences with racism often verbalize insecurities about how to react in any given situation or handle racism in general. Situational and institutional factors are named as possible causes. A first-year student

experienced an anti-Asian remark from a general practitioner in an internship and reflects on her lack of reaction: *"In that situation I actually didn't really know how to react there because the atmosphere is so a bit loose and yeah, somehow was a bit weird"* (B6,53). Despite evaluating the remark as racist, the perceived *"loose"* atmosphere made her question her own experience and finally prevented her speaking up. Humour is named as a prominent disguise of racist situations and causes insecurities about how to respond (D5,37). Additionally, the pronounced hierarchical power structures in the medical context are addressed as a factor why medical students do not speak up when faced with racist discrimination:

"because you are at the bottom of the food chain anyway [...]. And then you usually prefer to think 'I'll accept it now' or 'I'll just look now, I'll look past it', instead of thinking that it really is a racist attack." (D3,41)

In this context, sharing experiences with racism might be associated with feelings of vulnerability and insecurity and/or are met with disbelief: *"If you then go to colleagues and they say, 'oh come on, it's not meant like that'. Then you feel somehow totally invalid"*. (D3,41) Students describe it as a *"taboo"* (F3,86) to name racism which results in a *"culture of silence"* (A1,136). In the context of academic teaching, they fear consequences when criticizing lecturers. One student describes the intimidating response of a physiology lecturer after calling out racist content in a lecture as *"a very, very nasty e-mail"* (E1,106). As a result, the student preferred not to continue her studies in the same semester as she did not see any other way to avoid being examined by that lecturer (E1,106). Against the backdrop of such experiences, students call for public institutional contact and counselling points for those who experience racism in medical education (B2,167).

3.4. Medical students call for antiracism in medical education and beyond

The participants unanimously agree that racism in medicine should be made an explicit topic of medical education as it is currently mostly neglected: *"but we didn't talk about racism at all [...] in the official curriculum"* (C1,107). Yet, the modalities and contents of antiracism in medical education are discussed controversially. Regarding the modalities, medical students discuss whether classes on racism in medicine should be mandatory or optional. While some see racism as a general societal problem that does not have to be covered in the medical curriculum (F2,92), others recommend mandatory classes: *"design the courses in such a way that you are forced to deal with it [...] just to create a basic awareness"* (D4,104). While certain subject areas such as *"medical sociology and psychology"* (B7,162), *"medical ethics"* (C1,107), or *"communication training"* (A3,130) are seen as being particularly responsible to address issues of racism, medical students emphasize that critical approaches to racism should not only form a part of academ-

ic teaching. The effectiveness of university medical education is called into question given the power of the *"hidden curriculum"* (A1,80) and *"that these categories and prejudices [...] are passed on from generation to generation"* (F2,51). Therefore, medical students stress the need to include critical education on racism in clinical practice and highlight the importance of role models (A1,136). However, they criticize a general lack of expertise on racism in medicine and healthcare in the faculty staff at medical schools in Germany (E5,100).

Regarding the content of antiracist medical education on the one hand, students ask for teaching of specific knowledge, e.g., about the effects of racism on health (F1,93), dermatology on darker skin (E4,91) or the role of academic medicine during racist crimes in the context of German colonialism (C4,54; D3,100). On the other hand, they demand possibilities for self-reflection to develop a critical professional attitude towards racism. It was suggested that this latter point be *"integrated into medical studies, that one talks about how one deals with one's own racism, how one recognizes it, how one averts it"* (B4,154). In addition, they suggest training that equips them with the necessary skills to react and deal with racist situations in clinical practice: *"how one also reacts to racist situations, with the staff, but also with patients"* (B4,154). Finally, students call upon universities to promote a more diverse student and staff body, because *"representation matters"* (C4,117) and medical students and physicians in Germany are perceived as *"very white, very privileged"* (B4,154).

4. Discussion and conclusion

Our results show that medical students discuss racism as a ubiquitous phenomenon in medicine and healthcare. Racism can appear in all medical specialties and interpersonal interactions. They also highlight the difficulties of medical students to identify and evaluate racism, especially at a structural level. Furthermore, students are uncertain how to deal with racism, either when it is experienced or witnessed. They also complain about a lack of anti-discriminatory structures in medical institutions. Finally, our participants see it as the responsibility of medical education to tackle racism in medicine and healthcare.

Our findings show similarities with international studies, e.g., regarding the ubiquity of racism in medicine [17] or the specific challenges to address racism in the medical context [18], such as a widespread naturalistic understanding of races [19], [20], [21]. A qualitative study with medical students on racism in medicine in the US [18] arrived at similar hypotheses on the ubiquity of racism as well as the challenges of addressing racism in medicine, due to the hierarchical structures and power dynamics that are prominent in this field. Therefore, these results from international research may prove useful for the development of German medical education.

In fact, a multitude of recommendations and evaluations of antiracist curricular interventions have been published in the Anglo-American literature [22], [23], [24], [25], [26], [27], [28], [29], [30]. However, their direct application to German medical education is limited due to various historical, social, and cultural specificities. In the German context, the insufficient theoretical conceptualization of the category "race" and the lack of systematic research on the effects of structural racism on health pose a specific challenge. This is connected to the widespread use of the imprecise category "migration background" in German research, which can also be seen in our results [31]. In Germany, the social sciences and humanities have more developed discourses on racism than medicine. In educational science for example, constructivist conceptions of race as the result of racism [32], [33] are used as the basis to take up didactical approaches for developing antiracism as a professional attitude [34]. Further, approaches from sociology or history, such as understanding the origins of racism in colonialism and racial anthropology, could help to address racism in medicine and healthcare [14], [30], [33], [35], [36].

Our study is not exhaustive. Although we included students from all phases of medical studies and a great variety of different medical faculties in Germany, our overall sample is comparatively small. Furthermore, around one third of the participants had been interested in racism in medicine beforehand or were engaged in political activism or had prior knowledge. Further systematic quantitative research is necessary to develop a more nuanced and representative picture. Due to the multiprofessional nature of the healthcare system, the role of racism needs to be studied from the perspectives of other healthcare professions as well. The focus group method might also have influenced the way racism was addressed e.g., by social desirability effects. Finally, it must be stated that our social position as medical ethicists with no personal experience of racism may have also influenced our research perspective [37], [38].

Nevertheless, our findings allow us to draw several conclusions concerning antiracist medical education. The perceived ubiquity of racism in medicine and healthcare implies the necessity to foster antiracist action in a comprehensive way, including changes in both academic and clinical settings on individual and institutional levels. As medical students present difficulties in identifying and discussing racism, there is a need for antiracist education in the academic and clinical settings as well as in their own professional development. This is especially noted with their perceived difficulty to identify structural racism, which suggests the need for teaching on the social determinants of health and the role of structural racist discrimination. The appropriate integration of such aspects into the curricula should also be reflected at the level of quality assurance in medicals education, but also in other health professions (for similar approaches, cf. [39], [40]). Furthermore, institutional support must be systematized to deal with racism both in medical education and in practice. This includes accessible persons of trust but

also more substantial changes regarding the perpetuation of racism in the hidden curriculum through hierarchical power structures, institutional taboos, and a weak feedback culture specific to the field of medicine. The diverse range of ideas and suggestions from medical students may prove useful for participative approaches of innovative curriculum development. Overall, our findings stress the importance of antiracism in the mandatory medical curriculum as intended by NKLM 2.0's learning objective VIII.6-04.4.13 [<https://nklm.de/zend/objective/view/id/10001324/essential/yes/lve/211449>]. Yet, they also show that didactic approaches are not enough. Ultimately, medical schools also need to address racism comprehensively at an institutional and structural level to foster substantial change.

Acknowledgements

We would like to thank Shagana Shanmuganathan and Silke Schicktanz (UMG) for their support in the conception of the study, Houda Hallal (Köln) for her helpful comments on the manuscript. For the exchange on content and methods we thank Tanja Gangarova, Felicia Boma Lazaridou and Hans Vogt (DeZIM). Many thanks to Lucas Rateitschak for his help in the transcription process and to Cai Weaver for his linguistic editing.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

References

- Bartig S, Kalkum D, Mi Le H, Lewicki A. Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes; 2021.
- Schildmann J, Bruns F, Hess V, Vollmann J. "History, Theory and Ethics of Medicine": The Last Ten Years. A Survey of Course Content, Methods and Structural Preconditions at Twenty-nine German Medical Faculties. *GMS J Med Educ.* 2017;34(2):Doc23. DOI: 10.3205/zma001100
- Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd). Positionspapier. Interkulturelle Kompetenzen und rassismuskritisches Denken im Medizinstudium. Leipzig: bvmd; 2019. Zugänglich unter/available from: <https://www.bvmd.de/portfolio-items/interkulturelle-kompetenzen-und-rassismuskritisches-denken-im-medizinstudium/>
- Wanger L, Klilgenstein H, Poppel J. Über Rassismus in der Medizin. Ein Essay der Kritischen Medizin. München: Kritische Medizin; 2020. Zugänglich unter/available from: <https://kritischemedizinmuemchen.de/ueber-rassismus-in-der-medizin/>
- Bundesfachnetz Gesundheit und Rassismus. Offener Brief zum Thema Rassismus im Gesundheitssektor. Essen: Bundesfachnetz Gesundheit und Rassismus; 2021. Zugänglich unter/available from: <https://www.gesundheit-und-rassismus.de/offener-brief>
- Finke R, Gerhards S, Honerkamp L. Rassismuskritik in der medizinischen Ausbildung: Kommentierung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs (NKLM) und Empfehlungen für den Revisionsprozess. Berlin: Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd); 2022. Zugänglich unter/available from: <https://www.bvmd.de/wp-content/uploads/2022/12/PM-NKLM-Kritik.pdf>
- American Medical Association. Organizational Strategic Plan to Embed Racial Justice and Advance Health Equity, 2021-2023. Chicago: American Medical Association; 2021. Zugänglich unter/available from: <https://www.ama-assn.org/system/files/2021-05/ama-equity-strategic-plan.pdf>
- Kapadia D, Zhang J, Salway S, Nazroo J, Booth A, Villarroya-Williams N, Bécares L, Esmail A. Ethnic Inequalities in Healthcare: A Rapid Evidence Review. London: NHS Race and Health Observatory; 2022.
- Gießelmann K. Rassismus im Gesundheitswesen: Kein Einzelfall. *Dtsch Arztebl.* 2022;119(17):A758.
- Razum O, Reiss K, Breckenkamp J, Kaufner L, Brenne S, Bozorgmehr K, Borde T, David M. 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.* 2017;7(8):e015913. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-015913
- Yeboah A. Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland. Rassismuskritik und Widerstandsformen. In: Fereidooni K, El M, editors. *Rassismuskritik und Widerstandsformen.* Wiesbaden: Springer VS; 2017. p.143-161. DOI: 10.1007/978-3-658-14721-1_9
- Aikins MA, Bremberger T, Aikins JK, Gyamerah D, Yıldırım-Calıman D. Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland. Berlin: Each One Teach One (EOTO) e.V.; 2021.
- Bundesministerium des Inneren und Heimat. National Action Plan Against Racism. Positions and Measures to Address Ideologies of Inequality and Related Discrimination. Berlin: Bundesministerium des Inneren und Heimat; 2017. Zugänglich unter/available from: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/national-action-plan-against-racism-1525904>
- Hallal H. Diversität in der humanmedizinischen Ausbildung. Eine empirische Rekonstruktion kollektiver Orientierungen in den institutionellen Erfahrungsräumen des Medizinstudiums. Marburg: Tectum; 2015.
- Thomas PA, Kern DE, Hughes MT, Chen BY. Curriculum development for medical education. A six-step approach. 3 ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2016.
- Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4 ed. Weinheim; Basel: Beltz Juventa; 2018.
- Hamed S, Thapar-Björkert S, Bradby H, Ahlberg BM. Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond. *Qual Health Res.* 2020;30(11):1662-1673. DOI: 10.1177/1049732320931430
- Braun L. Theorizing Race and Racism: Preliminary Reflections on the Medical Curriculum. *Am J Law Med.* 2017;43(2-3):239-256. DOI: 10.1177/0098858817723662
- Braun L, Saunders B. Avoiding Racial Essentialism in Medical Science Curricula. *AMA J Ethics.* 2017;19(6):518-527. DOI: 10.1001/journalofethics.2017.19.6.peer1-1706
- Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. *Lancet.* 2017;389(10077):1453-1463. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30569-X

21. Amutah C, Greenidge K, Mante A, Munyikwa M, Surya SL, Higginbotham E, Jones DS, Lavizzo-Mourey R, Roberts D, Tsai J, Aysola J. Misrepresenting Race - The Role of Medical Schools in Propagating Physician Bias. *N Engl J Med*. 2021;384(9):872-828. DOI: 10.1056/NEJMms2025768
22. Ona FF, Amutah-Onukagha NN, Asemamaw R, Schlaff AL. Struggles and Tensions in Antiracism Education in Medical School: Lessons Learned. *Acad Med*. 2020;95(12S):S163-S168. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003696
23. Peek ME, Vela MB, Chin MH. Practical Lessons for Teaching About Race and Racism: Successfully Leading Free, Frank, and Fearless Discussions. *Acad Med*. 2020;95(12S):S139-S144. DOI: 10.1097/acm.00000000000003710
24. Green KA, Wolinsky R, Parnell SJ, del Campo D, Nathan AS, Garg PS, Kaplan SE, Dasgupta S. Deconstructing Racism, Hierarchy, and Power in Medical Education: Guiding Principles on Inclusive Curriculum Design. *Acad Med*. 2022;97(6):804-811. DOI: 10.1097/acm.0000000000004531
25. Sotto-Santiago S, Poll-Hunter N, Trice T, Buenconsejo-Lum L, Golden S, Howell J, Jacobs N, Lee W, Manson H, Ogunyemi D, Crespo W, Lamba S. A Framework for Developing Antiracist Medical Educators and Practitioner-Scholars. *Acad Med*. 2022;97(1):41-47. DOI: 10.1097/acm.0000000000004385
26. Wilkins CH, Williams M, Kaur K, DeBaun MR. Academic Medicine's Journey Toward Racial Equity Must Be Grounded in History: Recommendations for Becoming an Antiracist Academic Medical Center. *Acad Med*. 2021;96(11):1507-1512. DOI: 10.1097/acm.0000000000004374
27. Nieblas-Bedolla E, Christophers B, Nkinsi NT, Schumann PD, Stein E. Changing How Race Is Portrayed in Medical Education: Recommendations From Medical Students. *Acad Med*. 2020;95(12):1802-1806. DOI: 10.1097/acm.0000000000003496
28. Smith L, Kashubeck-West S, Payton G, Adams E. White Professors Teaching About Racism: Challenges and Rewards. *Couns Psychol*. 2017;45(5):651-668. DOI: 10.1177/0011000017717705
29. Bradby H, Hamed S, Thapar-Björkert S, Ahlberg BM. Designing an education intervention for understanding racism in healthcare in Sweden: development and implementation of anti-racist strategies through shared knowledge production and evaluation. *Scand J Public Health*. 2021;14034948211040963. DOI: 10.1177/14034948211040963
30. Metz J, Petty J, Olowojoba OV. Using a structural competency framework to teach structural racism in pre-health education. *So Sci Med*. 2018;199:189-201. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.06.029
31. Committee on the Elimination of Racial Discrimination (CERD). Concluding observations on the combined nineteenth to twenty-second periodic reports of Germany. Geneva: United Nations High Commissioner for Human Rights; 2015. Zugänglich unter/available from: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CERD/Shared%20Documents/DEU/INT_CERD_COC_DEU_20483_E.pdf
32. Fischer MS, Hoßfeld U, Krause J, Richter S. Jenaer Erklärung – Das Konzept der Rasse ist das Ergebnis von Rassismus und nicht dessen Voraussetzung. *BiuZ*. 2019;49(6):399-402. DOI: 10.1002/biuz.201970606
33. Mecheril P, Melter C. Rassismus als machtvolle Unterscheidungspraxis. In: *Enzyklopädie Erziehungswissenschaft online (EEO)*. Beltz Juventa; 2011. p. 1-34. DOI: 10.3262/EE006110166
34. Fereidooni K. Rassismuskritische Theorie und Praxis der sozialwissenschaftlichen Lehrer_innenbildung. In: Kergel D, Heidkamp B, editors. *Praxishandbuch Habitussensibilität und Diversität in der Hochschullehre*. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2019. p.293-318. DOI: 10.1007/978-3-658-22400-4_14
35. Allemann-Ghionda C, Hallal H. Interkulturalität, Gesundheit und Medizin. In: Allemann-Ghionda C, Bukow WD, editors. *Orte der Diversität: Formate, Arrangements und Inszenierungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011. p.173-190. DOI: 10.1007/978-3-531-92087-0_11
36. Weßel M. The Nordic in the Scientific Racial Discourses in the United States and Northern Europe in the Interwar Period. The Passing of Greatness. In: Marjanen J, Strang J, Hilson M, editors. *Contesting Nordicness From Scandinavianism to the Nordic Brand*. Helsinki Yearbook of Intellectual History. Berlin: de Gruyter; 2021. p.59-80. DOI: 10.1515/9783110730104-004
37. Scheurich JJ, Young MD. Coloring Epistemologies: Are Our Research Epistemologies Racially Biased? *Educ Res*. 1997;26(4):4-16. DOI: 10.3102/0013189x026004004
38. Alcoff LM. Epistemologies of Ignorance. Three Types. In: Sullivan S, Tuana N, editors. *Race and Epistemologies of Ignorance*. Albany: State University of New York Press; 2007. p.39-49.
39. Ludwig S, Gruber C, Ehlers JP, Ramspott S. Diversity in Medical Education [Diversity in der medizinischen Aus- und Weiterbildung]. *GMS J Med Educ*. 2020;37(2):Doc27. DOI: 10.3205/zma001320
40. Ludwig S, Roa Romero Y, Balz J, Petzold M. The use of quality assurance instruments and methods to integrate diversity aspects into health professions study programmes [version 1]. *MedEdPublish*. 2018;7(53). DOI: 10.15694/mep.2018.0000053.1

Corresponding author:

Simon Matteo Gerhards

Carl von Ossietzky University of Oldenburg, School of Medicine and Health Sciences, Department for Health Services Research, Medical Ethics Division, Ammerländer Heerstr. 114-118, D-26129 Oldenburg, Germany
simon.matteo.gerhards@uni-oldenburg.de

Please cite as

Gerhards SM, Schweda M, Weßel M. Medical students' perspectives on racism in medicine and healthcare in Germany: Identified problems and learning needs for medical education. *GMS J Med Educ*. 2023;40(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma001604, URN: urn:nbn:de:0183-zma0016040

This article is freely available from

<https://doi.org/10.3205/zma001604>

Received: 2022-07-18

Revised: 2022-10-19

Accepted: 2022-12-21

Published: 2023-04-17

Copyright

©2023 Gerhards et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Perspektiven von Medizinstudierenden auf Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung in Deutschland: Identifikation von Problemen und Lernbedarfen für die medizinische Ausbildung

Zusammenfassung

Zielsetzung: Vor dem Hintergrund erheblicher Forschungslücken bietet diese Studie die erste Exploration der Perspektiven von Medizinstudierenden auf Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung in Deutschland. Ziel ist die Identifikation von Problemen und Lernbedarfen für die medizinische Ausbildung. Wir gehen den folgenden Forschungsfragen nach:

- Wie nehmen Medizinstudierende Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung in Deutschland wahr?
- Wie adressieren, verstehen und diskutieren sie verschiedene Aspekte von Rassismus in diesem Kontext?
- Welche Erwartungen haben sie an die medizinische Ausbildung?

Methoden: Es wurden sechs semi-strukturierte Online-Gruppendiskussionen mit insgesamt 32 Medizinstudierenden von 13 verschiedenen medizinischen Fakultäten in Deutschland durchgeführt. Die Diskussionen wurden aufgezeichnet, transkribiert und mit der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

Ergebnisse: Im Zuge der Analyse der Gruppendiskussionen wurden vier Hypothesen formuliert:

1. Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung wird von den Medizinstudierenden als ubiquitäres Phänomen wahrgenommen.
2. Sie haben aufgrund begrifflicher Unklarheiten Probleme, rassistisches Verhalten und rassistische Strukturen zu erkennen.

3. Sie zeigen Unsicherheiten im situativen Umgang mit Rassismus.

4. Die medizinische Ausbildung trägt für sie Verantwortung zur Bekämpfung von Rassismus auf allen Ebenen von Medizin und Gesundheitsversorgung.

Schlussfolgerung: Unsere Studie zeigt spezifische Probleme und Lernbedarfe hinsichtlich des Umgangs mit Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung auf. Forschung aus dem US-amerikanischen Kontext kann innovative Ansätze für die medizinische Ausbildung in Deutschland vermitteln, jedoch müssen nationale Besonderheiten berücksichtigt werden. Weitere Forschung sollte die Implementierung von rassistuskritischer Lehre in der deutschen medizinischen Ausbildung begleiten.

Schlüsselwörter: Rassismus, Gesundheitsversorgung, medizinische Ausbildung, Medizinstudierende, Deutschland

Simon Matteo

Gerhards¹

Mark Schweda¹

Merle Weßel¹

¹ Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät VI Medizin und Gesundheitswissenschaften, Department für Versorgungsforschung, Abteilung Ethik in der Medizin, Oldenburg, Deutschland

1. Einleitung

In der aktuellsten Version des in Überarbeitung befindlichen Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs Medizin (NKLM) [<https://www.nklm.de>] wird Rassismus zum ersten Mal explizit als ein relevantes Thema medizinischer Ausbildung in Deutschland genannt (e.g., NKLM 2.0, VIII.6-04.4.13) [<https://nklm.de/zen/objective/view/id/10001324/essential/yes/lve/211449>]. Damit wird ein seit Langem bestehendes Desiderat anerkannt. Die Vermeidung jeglicher Form von Diskriminierung ist ein wichtiger Grundsatz der ärztlichen Ethik und kommt in bedeutenden professionsethischen Kodizes wie dem Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes zum Ausdruck. Auf nationaler Ebene gilt zudem das deutsche Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) auch für rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen [1]. Dennoch wurde das Thema Rassismus in der medizinischen Ausbildung in Deutschland lange Zeit vernachlässigt und allenfalls aus historischer Perspektive mit Blick auf die Medizin im Nationalsozialismus diskutiert [2]. Im Zuge der aktuellen antirassistischen Bewegungen machen professionelle Netzwerke und studentische Initiativen auf die Diskrepanz zwischen dem Stand nationaler Diskussionen und der internationalen Fachdebatte aufmerksam [3], [4], [5], [6].

Insbesondere im angloamerikanischen Kontext hat es in den letzten Jahren eine Zunahme von Untersuchungen und strategischen Maßnahmen gegeben, die sich kritisch mit Rassismus, Diskriminierung und strukturellen Ungleichheiten in Medizin und Gesundheitsversorgung auseinandersetzen [7], [8]. Verglichen damit erscheint der Stand der deutschen Debatte unterentwickelt und allenfalls bruchstückhaft [9]. Obwohl einige Studien auf Ungleichheiten in Bezug auf Gesundheitsversorgung und Gesundheitszustand von „Menschen mit Migrationshintergrund“ hinweisen [10] und von Rassismuserfahrungen im Gesundheitswesen berichten [11], [12], fehlen umfassende Daten und detaillierte Analysen zu Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung in Deutschland weitgehend [13]. Daraus resultiert unter anderem ein Mangel an empirischem Wissen und evidenzbasierten, kontextsensitiven Lösungsansätzen für die medizinische Ausbildung in Deutschland. Vereinzelt Studien haben den subtilen Einfluss der professionellen Sozialisation auf den Umgang von Medizinstudierenden mit soziokultureller Vielfalt und Interkulturalität untersucht [14]. Es gibt jedoch derzeit keine systematische Forschung, die sich explizit mit ihren Perspektiven auf Rassismus befasst. Daher ist Forschung, die verlässliche Erkenntnisse über den aktuellen Stand ihrer Kompetenzen und Lernbedarfe in diesem Bereich liefert, dringend erforderlich, um geeignete didaktische Strategien zur Umsetzung der entsprechenden Lernziele und zur kritischen Auseinandersetzung mit Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

Vor diesem Hintergrund bietet unsere Studie die erste Exploration des Problembewusstseins von Medizinstudierenden für Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung

in Deutschland. In Anlehnung an Kerns „six step approach“ der Curriculumsentwicklung [15] ermitteln wir Probleme und Lernbedarfe für die medizinische Ausbildung. Unsere Forschungsfragen lauten:

- Wie nehmen Medizinstudierende Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung in Deutschland wahr?
- Wie adressieren, verstehen und diskutieren sie verschiedene Aspekte von Rassismus in diesem Kontext?
- Welche Erwartungen haben sie an die medizinische Ausbildung?

Zur Beantwortung dieser Fragen haben wir Online-Gruppendiskussionen mit Medizinstudierenden von verschiedenen Fakultäten in ganz Deutschland durchgeführt. In den Gruppendiskussionen wurden Aspekte von interpersonalem, institutionellem und strukturellem Rassismus sowie Erwartungen an die medizinische Ausbildung thematisiert. Das Material wurde mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

2. Methoden

Angesichts der bestehenden Forschungslücken erschien ein exploratives, qualitatives Studiendesign angemessen. Daher führten wir moderierte Online-Gruppendiskussionen mit vier bis sieben Teilnehmenden durch, um Bewusstsein und Verständnis von Medizinstudierenden für Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung zu erforschen. Diese Methode erschien besonders geeignet, um die Bandbreite unterschiedlicher Positionen und Argumente zu erkunden. Die Rekrutierung der Teilnehmenden fand zwischen Juni und August 2021 statt. Öffentliche Aufrufe zur Teilnahme wurden über lokale Studierendenvertretungen, Büros für studentische Angelegenheiten, Dozierende, informelle Studierendengruppen und soziale Medien verbreitet. Außerdem nutzten wir Schneeballverfahren. Zur Erhebung soziodemografischer Daten (Alter, Geschlecht, Studienjahr, Diskriminierungserfahrung, politische Aktivitäten) wurde ein Vorfragebogen verwendet. Bei der Zusammensetzung des Samples wurde eine möglichst große Vielfalt in Bezug auf Geschlecht, Studienjahr, soziokulturellen Hintergrund und Studienort angestrebt. Einschlusskriterien waren Volljährigkeit, ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache und Immatrikulation im Medizinstudium an einer Universität in Deutschland. Die informierte Einwilligung der Teilnehmenden wurde im Voraus schriftlich eingeholt. Ein positives Votum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Oldenburg liegt vor (Nr. 2021-080).

Insgesamt fanden sechs Gruppendiskussionen mit 32 Teilnehmenden zwischen Juli und September 2021 statt. Die Teilnehmenden studierten an 13 verschiedenen medizinischen Fakultäten in Deutschland (siehe Tabelle 1). Die Gruppendiskussionen wurden online mit Hilfe des Videokonferenzprogramms Webex durchgeführt und dauerten zwischen 90 und 120 Minuten. Ein Team aus zwei Forschenden moderierte die Diskussionen. Dieses bestand aus einem Medizinstudenten der Universität Ol-

Table 1: Merkmale der Teilnehmenden

Gesamtzahl der Teilnehmenden	32
Geschlecht (Selbstzuschreibung)	männlich = 8 weiblich = 23 divers = 1
Alter (Spannweite)	18 – 31 Jahre
Alter (Durchschnitt)	24,8 Jahre
Studienjahr (Spannweite)	1. – 6.
1. Jahr (Anzahl)	5
2. Jahr (Anzahl)	5
3. Jahr (Anzahl)	3
4. Jahr (Anzahl)	8
5. Jahr (Anzahl)	7
≥ 6. Jahr (Anzahl)	3
k. A. (Anzahl)	1
Teilnehmende mit Rassismuserfahrungen	6
Studierende mit politischem Engagement	12

denburg und einer promovierten Wissenschaftlerin, die in der medizinethischen Lehre an der gleichen Institution tätig ist. Sie verwendeten einen semi-strukturierten Diskussionsleitfaden, der als Themen die Erfahrungen und Verständnisse von interpersonellem, institutionellem und strukturellem Rassismus sowie etwaige Erwartungen der Studierenden an die medizinische Ausbildung umfasste. Die Diskussionen wurden akustisch aufgezeichnet, wortgetreu transkribiert und pseudonymisiert. Im Anschluss führten wir mit Hilfe von MAXQDA eine inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Kuckartz durch [16]. Zu diesem Zweck trugen wir eine Reihe von deduktiven Codes an das Material heran, um dieses unter thematisch zentralen Gesichtspunkten zu strukturieren. Darüber hinaus wurden während des Analyseprozesses induktive Codes erstellt, um Themen zu erfassen, die sich aus dem Material ergaben. Als Ergebnis der Analyse wurden vier Hypothesen formuliert.

3. Ergebnisse

Unsere Ergebnisse illustrieren die vielfältigen Sichtweisen der Medizinstudierenden auf Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung im deutschen Kontext. Sie verdeutlichen ihr Problembewusstsein und ihre Schwierigkeiten bei der Auseinandersetzung mit dem Thema. Damit weisen sie auch auf spezifische Lernbedarfe und Perspektiven auf das Curriculum der medizinischen Ausbildung hin.

3.1. Rassismuserfahrungen sind in der Medizin allgegenwärtig

In den Gruppendiskussionen erscheint Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung als ubiquitäres Problem, das interpersonale Interaktionen mit institutionellen und strukturellen Faktoren verbindet.

3.1.1. Rassismus in persönlichen Interaktionen

In allen Gruppendiskussionen berichten Medizinstudierende von Rassismus in persönlichen Interaktionen in der Gesundheitsversorgung und medizinischen Ausbildung, unabhängig von der medizinischen Fachrichtung. Zwar wird rassistische Diskriminierung von medizinischem Personal gegenüber Patient*innen als besonders problematisch wahrgenommen. Allerdings betreffen die berichteten Rassismuserfahrungen alle Gruppen in Medizin, Gesundheitsversorgung und Ausbildung, z.B. Patient*innen, ärztliches Personal, Pflegepersonal, Dozierende sowie Studierende. Eine Studentin, die sich in der Diskussion als Person of Colour identifiziert, erklärt: „wenn man als Patientin oder auch als Fachpersonal, als Person of Colour in eine Klinik geht, erwartet man eigentlich Rassismus zu erleben.“ (F5,27). Rassismus ist eine häufige Erfahrung von rassifizierten Studierenden und Personen in Gesundheitsberufen. Sie beschreiben zum Beispiel, dass sie als weniger kompetent und fälschlich nicht als ärztliches Personal wahrgenommen werden (D1, 64) oder dass sie als „unrein“ und Infektionskrankheiten übertragend angesehen werden (C3, 23). Patient*innen weigern sich, von ihnen untersucht zu werden (D3,23). Die Kombination aus subtilen alltäglichen Rassismuserfahrungen und expliziten rassistischen Aggressionen, wie z. B. von jemandem, der „nen T-Shirt auf mich wirft und sagt halt, ja, mein T-Shirt kommt daher, wo du herkommst“ (F5,27), wird als sehr belastend empfunden und beeinträchtigt die Konzentration und Lernerfahrung der betroffenen Studierenden: „das ist einfach scheiße anstrengend, die ganze Zeit dazusitzen und deine Existenz zu rechtfertigen“ (F5,27).

3.1.2. Institutioneller Rassismus: Rassistisches (Nicht-)Wissen in der Medizin

Rassismus wird auch im Kontext institutioneller und struktureller Rahmenbedingungen beschrieben. Studie-

rende erinnern sich an rassistische Wissensbestände und Stereotype, die ihnen in der theoretischen und klinischen Lehre im Kontext der medizinischen Ausbildung vermittelt wurden. Sie kritisieren eine mangelnde Sensibilität der Dozierenden für rassistische Stereotype und Kategorisierungen und deren unkritische Verwendung:

„der Dozent [hatte] ein kleines Comic an die Wand geworfen, wo eben [...] irgendwie nen Raum zu sehen war. Ein Turban tragender Mann mit langem Bart und einem Bombengürtel kam rein, rief „Allahu Akbar“ und die Leute, die da drin saßen, haben „Gesundheit“ gesagt. Und also das war der Witz.“ (A3,38)

Erst nachdem ein muslimischer Student auf den problematischen Inhalt aufmerksam gemacht hatte, bewerteten andere Studierende das Comic als „voll daneben gegriffen“ und rassistische Stereotype reproduzierend (A3,38). Auch Lehrmaterialien werden kritisiert. Eine Studentin erinnert sich: *„diese Lehrmittel sind irgendwie sehr kritisch und diskriminierend oft [...]. Immer für die ekligen Erkrankungen sind es dann irgendwelche rassifizierte Menschen.“ (A1,40)*. Darüber hinaus kritisieren Studierende die Verwendung von Rasse-Kategorisierungen in Büchern, Vorlesungen und medizinischen Leitlinien, weil sie fälschlicherweise biologische Unterschiede implizierten. Eine Teilnehmerin gibt an, dass diese Kategorisierungen, wenn sie in Vorlesungen vorkommen, z.B. in Gesundheitsdaten aus dem US-Kontext, oft nicht ausreichend kontextualisiert würden (B5,124). Gleichzeitig erkennen die Studierenden institutionellen Rassismus in dem, was nicht gelehrt wird, zum Beispiel in der Dermatologie in Bezug auf Erkrankungen auf dunkler Haut: *„klassische Kinderkrankheiten sind ja schon oft auch so über die Haut, also so Mumps, Masern, Röteln, Zyanose [...] [werden] ja auch in den Lehrbüchern nicht bei schwarzen Personen dargestellt“ (F3,71)*. Medizinstudierende erachten diese Wissenslücken als problematisch, da sie die Qualität der Gesundheitsversorgung von Menschen mit dunkler Hautfarbe beeinträchtigen können (D1,15).

3.2. Medizinstudierende haben Schwierigkeiten, unterschiedliche Ebenen von Rassismus zu verstehen

Obwohl die Teilnehmenden über viele einschlägige Erfahrungen berichten, stellt die Beurteilung unterschiedlicher Ebenen von Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung eine Herausforderung dar. Den Medizinstudierenden fehlt das theoretische Wissen, um Rassismus zu definieren, da *„jeder ja Rassismus auch anders definiert, beziehungsweise so die Grenzen anders sieht“ (D3,41)*. Außerdem haben einige Schwierigkeiten, zwischen Rassismus und professionellem medizinischem Denken und Verhalten zu unterscheiden. So wird beispielsweise intensiv über die Berechtigung des Begriffs *„Morbus Mediterraneus“* diskutiert (e.g., A2,24). Während manche den Begriff *„superrassistisch“* (A1,25) finden, erachten andere ihn als *„sehr praktisch“* (A3,33), denn *„letztendlich ist das für uns in der Medizin ja auch sehr wichtig, natürlich im gewissen Rahmen, aber Leute zu klassifizieren und*

ja, in groben Schubladen zu denken. Anders geht das ja letztendlich ja eigentlich gar nicht“ (F4,36). Deshalb sehen manche Studierende Rasse-Kategorisierungen nicht als *„per se“* rassistisch an, denn es gehe darum *„medizinische Verhältnisse irgendwie darzustellen und bestimmte Dinge messen zu können“ (F2,38)*.

Im Unterschied zu Rassismus auf interpersonaler Ebene stellt das Verständnis von strukturellem Rassismus im deutschen Kontext eine große Herausforderung dar. In den Gruppendiskussionen mit Beispielen von strukturellem Rassismus im US-Kontext konfrontiert, können die Studierenden strukturelle Ungleichheiten zwar erkennen, spekulieren aber immer wieder darüber, inwieweit der wahre Grund für gesundheitliche Ungleichheiten der Lebensstil sei (C2,64). In der Diskussion ähnlicher Phänomene im deutschen Kontext tendieren sie dazu, die Effekte von strukturellem Rassismus auf die Gesundheit im Vergleich zu anderen Faktoren wie dem sozioökonomischen Status oder Bildungshintergrund zu relativieren. Ein Student ohne eigene Rassismuserfahrungen führt aus: *„Also ich hoffe halt, dass eigentlich eben nicht schlechter behandelt wird aufgrund unterschiedlicher Hautfarbe [...], sondern dass es hoffentlich eher eben dem sozioökonomischen Status entspricht“ (A3,75)*. Zwar werden Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung verschiedener Personengruppen anerkannt, doch wird Rassismus nicht als die eigentliche Ursache angesehen, sondern eher durch andere Kategorien wie Klasse ersetzt.

3.3. Medizinstudierende sind unsicher im Umgang mit Rassismuserfahrungen

In den Diskussionen über Rassismus in der Medizin äußern Studierende mit und ohne persönlichen Rassismuserfahrungen Unsicherheiten darüber, wie sie in bestimmten Situationen reagieren oder im Allgemeinen mit Rassismus umgehen sollen. Als mögliche Ursachen dafür werden situative und institutionelle Faktoren genannt. Eine Studentin im ersten Studienjahr erlebte während ihres Praktikums eine anti-asiatische rassistische Bemerkung eines Allgemeinmediziners und reflektiert über ihre ausbleibende Reaktion: *„Also in der Situation wusste ich tatsächlich nicht so genau, was man da reagieren sollte, weil die Atmosphäre so ein bisschen locker ist und ja, irgendwie war so ein bisschen komisch“ (B6,53)*. Obwohl sie die Bemerkung als rassistisch bewertet, habe sie aufgrund der als *„locker“* empfundenen Atmosphäre ihre eigene Wahrnehmung in Frage gestellt, was sie letztendlich daran gehindert habe, etwas zu sagen. Humor wird als wichtige Strategie zur Verschleierung von rassistischen Situationen genannt und bewirkt Unsicherheiten hinsichtlich der angemessenen Reaktion (D5,37). Zusätzlich werden die ausgeprägten hierarchischen Machtverhältnisse im medizinischen Kontext als Erklärung angeführt, weshalb Medizinstudierende Rassismuserfahrungen nicht ansprechen:

„weil man eh in der Nahrungskette ganz unten steht [...]. Und dann denkt man sich meistens lieber 'ich stecke jetzt ein' oder 'ich sehe das jetzt einfach, ich

seh drüber hinweg', anstatt zu denken, es ist jetzt wirklich ein rassistischer Angriff.“ (D3,41)

In diesem Kontext kann das Ansprechen von Rassismuserfahrungen mit Gefühlen der Vulnerabilität und Unsicherheit verbunden sein und/oder auf Unverständnis stoßen: *„wenn man dann zu Kollegen geht und die sagen ‚ach komm, das ist doch gar nicht so gemeint‘. Dann fühlt man sich auch irgendwie total invalide“ (D3,41).* Studierende nennen es ein *„Tabu“ (F3,86)*, Rassismus anzusprechen, was zu einer *„Kultur des Schweigens“ (A1,136)* führe. Im Kontext der akademischen Lehre befürchteten sie negative Konsequenzen, wenn sie Dozierende kritisieren. Nachdem auf rassistische Inhalte in einer Physiologievorlesung hingewiesen wurde, berichtet eine Studentin von der einschüchternden Antwort eines Physiologiedozenten in Form einer *„ganz ganz böse[n] E-Mail“ (E1,106)*. Infolgedessen zog es die Studentin vor, ihr Studium nicht im selben Semester fortzusetzen, da sie keine andere Möglichkeit sah zu vermeiden, von diesem Dozenten geprüft zu werden (E1,106). Vor dem Hintergrund solcher Erfahrungen fordern die Studierenden allgemein zugängliche und institutionalisierte Kontakt- und Beratungsstellen für Betroffene von Rassismus in der medizinischen Ausbildung (B2,167).

3.4. Medizinstudierende fordern Rassismuskritik in der medizinischen Ausbildung und darüber hinaus

Die Teilnehmenden sind sich einig, dass Rassismus in der Medizin derzeit weitgehend vernachlässigt wird und zu einem expliziten Thema der medizinischen Ausbildung gemacht werden sollte: *„aber wir haben null über Rassismus gesprochen, sozusagen vom offiziellen Curriculum her“ (C1,107)*. Allerdings werden Form und Inhalt von Rassismuskritik in der medizinischen Ausbildung kontrovers diskutiert. Hinsichtlich der Form erörtern die Studierenden, ob Lehrveranstaltungen zu Rassismus in der Medizin verpflichtend oder freiwillig sein sollten. Während einige Rassismus als ein allgemeines gesellschaftliches Problem ansehen, das im medizinischen Curriculum nicht behandelt werden muss (F2,92), sprechen sich andere für verpflichtende Lehrveranstaltungen aus: *„dann die Fächer auch so konzipieren, dass man sich zwangsweise damit auseinandersetzen muss und dass man aus der Nummer quasi auch schlecht rauskommt, einfach um nen Grundbewusstsein zu schaffen“ (D4,104)*. Obwohl einigen Fachbereichen wie medizinischer *„Soziologie und Psychologie“ (B7,162)*, *„Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin“ (C1,107)* oder *„Kommunikationstraining“ (A3,130)* eine besondere Verantwortung zur Auseinandersetzung mit dem Thema zugeschrieben wird, betonen die Medizinstudierenden gleichzeitig, dass kritische Auseinandersetzungen mit Rassismus nicht nur Teil der akademischen Lehre sein sollten. Angesichts der Bedeutung des *„hidden curriculums“ (A1,80)* und des Umstands, *„dass diese Kategorien und die Vorurteile [...] weitergegeben werden von Generation zu Generation“ (F2,51)*, wird die Wirksamkeit der universitären Lehre angezweifelt.

Vielmehr betonen Medizinstudierende die Notwendigkeit zur Integration rassismuskritischer Lehre auch in die klinische Ausbildung und heben die Bedeutung von Modell-Lernen durch Vorbilder hervor (A1,136). Jedoch kritisieren sie einen allgemeinen Mangel an Expertise zum Thema Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung bei den Lehrenden und an den medizinischen Fakultäten in Deutschland (E5,100).

Hinsichtlich des Inhalts von rassismuskritischer Lehre in der medizinischen Ausbildung fordern Medizinstudierende die Vermittlung von spezifischem Wissen, zum Beispiel über die Auswirkungen von Rassismus auf die Gesundheit (F1,93), Dermatologie auf dunkler Haut (E4,91) oder die Rolle der Hochschulmedizin bei rassistischen Verbrechen im Kontext des deutschen Kolonialismus (C4,54; D3,100). Andererseits verlangen sie Möglichkeiten zur Selbstreflexion, um eine kritische professionelle Haltung gegenüber Rassismus zu entwickeln. Diesbezüglich wird vorgeschlagen, *„ins Medizinstudium [zu] integrieren, dass man darüber spricht, wie man mit eigenen Rassismen umgeht, wie man die erkennt, wie man die abwendet“ (B4,154)*. Darüber hinaus fordern die Studierenden eine Lehre, die sie mit den notwendigen Fähigkeiten ausstattet, um in der klinischen Praxis auf Rassismus adäquat zu reagieren und mit ihm umzugehen: *„wie man auch auf rassistische Situation, mit also Mitarbeitenden aber auch Patient*innen, reagiert“ (B4,154)*. Schließlich fordern die Studierenden die Universitäten auf, eine größere Diversität unter den Studierenden und Mitarbeitenden der Fakultäten zu fördern, denn *„representation matters“ (C4,117)* und Medizinstudierende und ärztliches Personal in Deutschland werden als *„sehr weiß, sehr privilegiert“* wahrgenommen (B4,154).

4. Diskussion und Schlussfolgerungen

Unsere Ergebnisse deuten darauf hin, dass Medizinstudierende Rassismus als allgegenwärtiges Phänomen in Medizin und Gesundheitsversorgung diskutieren. Er begegnet ihnen in allen medizinischen Fachbereichen und persönlichen Interaktionen. Zugleich werden auch Schwierigkeiten deutlich, Rassismus als solchen zu erkennen und zu bewerten, insbesondere auf struktureller Ebene. Medizinstudierende zeigen außerdem Unsicherheiten im Umgang mit Rassismus, wenn sie rassistische Situationen selbst erfahren oder diese beobachten. Sie beklagen auch mangelnde Antidiskriminierungsmaßnahmen in medizinischen Einrichtungen. Schließlich sehen sie es als Aufgabe der medizinischen Ausbildung an, Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung zu bekämpfen.

Diese Ergebnisse weisen Ähnlichkeiten zu Erkenntnissen aus internationalen Studien auf, z.B. hinsichtlich der Ubiquität von Rassismus in der Medizin [17] oder den spezifischen Herausforderungen der kritischen Auseinandersetzung mit Rassismus im medizinischen Kontext [18], wie zum Beispiel verbreiteten naturalistischen Auffassun-

gen des Rassebegriffs [19], [20], [21]. So kam eine qualitative Studie mit Medizinstudierenden zu Rassismus in der Medizin in den USA [18] zu ähnlichen Hypothesen über die Allgegenwart von Rassismus sowie über die Herausforderungen bei der Auseinandersetzung mit Rassismus in der Medizin aufgrund der hierarchischen Strukturen und der Machtdynamiken, die in diesem Bereich vorherrschen. Solche Erkenntnisse aus der internationalen Forschung können sich auch als nützlich für die Weiterentwicklung der medizinischen Ausbildung in Deutschland erweisen.

Tatsächlich wurde in der angloamerikanischen Literatur eine Vielzahl von Empfehlungen und Evaluationen zu antirassistischen Interventionen für die medizinische Ausbildung veröffentlicht [22], [23], [24], [25], [26], [27], [28], [29], [30]. Ihre direkte Übertragbarkeit auf die deutsche Medizinausbildung ist jedoch aufgrund unterschiedlicher historischer, sozialer und kultureller Besonderheiten eingeschränkt. Im deutschen Kontext stellen die unzureichende theoretische Konzeptualisierung der Rassekategorie und der Mangel an systematischer Forschung zu den Auswirkungen von strukturellem Rassismus auf die Gesundheit spezifische Herausforderungen dar. Letzteres hängt nicht zuletzt mit der verbreiteten Verwendung der unpräzisen Kategorisierung nach Migrationshintergrund zusammen, die sich auch in unseren Ergebnissen wiederfindet [31]. Der Diskurs zu Rassismus ist hierzulande in den Sozial- und Geisteswissenschaften ausdifferenzierter als in der Medizin. Beispielsweise nutzen die Bildungswissenschaften konstruktivistische Konzeptionen des Rassebegriffs, die von Rasse als Produkt von Rassismus ausgehen [32], [33], um didaktische Ansätze zur Ausbildung von Rassismuskritik als professionelle Haltung zu entwickeln [34]. Darüber hinaus können Ansätze aus den Sozial- oder Geschichtswissenschaften zur kritischen Auseinandersetzung mit Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung beitragen, wie z.B. das Verständnis der Ursprünge des Rassismus im Kolonialismus und der Rassenanthropologie [14], [30], [33], [35], [36].

Unsere Studie weist eine Reihe von Limitationen auf. Auch wenn Studierende aus allen Phasen des Studiums und von einer Vielzahl unterschiedlicher medizinischer Fakultäten in Deutschland teilnahmen, ist das Gesamt-sample verhältnismäßig klein. Außerdem war ein Drittel der Teilnehmenden bereits vor der Studie an dem Thema Rassismus interessiert, in politischen Gruppen organisiert oder hatte einschlägiges Vorwissen. Weitergehende systematische quantitative Forschung ist notwendig, um differenziertere und repräsentative Aussagen treffen zu können. Aufgrund des multiprofessionellen Settings des Gesundheitswesens sollte Rassismus überdies auch aus der Perspektive anderer Gesundheitsberufe untersucht werden. Schließlich könnte die Datenerhebung im Rahmen von Gruppendiskussionen beeinflusst haben, wie über Rassismus gesprochen wurde, z.B. durch Effekte der sozialen Erwünschtheit. Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass unsere soziale Positionierung als Forschende

ohne persönliche Rassismuserfahrungen möglicherweise unsere Forschungsperspektive prägt [37], [38].

Nichtsdestoweniger erlauben unsere Ergebnisse eine ganze Reihe von Schlussfolgerungen in Bezug auf Rassismuskritik in der medizinischen Ausbildung. Die wahrgenommene Ubiquität von Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung legt die Notwendigkeit einer umfassenden Förderung von Maßnahmen gegen Rassismus nahe, die Veränderungen im akademischen und klinischen Umfeld sowie auf individueller und institutioneller Ebene einschließt. Da die Medizinstudierenden Schwierigkeiten beim Erkennen und Diskutieren von Rassismus zeigen, besteht die Notwendigkeit zur Integration von rassismuskritischen Ausbildungselementen in akademischen und klinischen Settings sowie in die professionelle Entwicklung. Dies wird insbesondere in Bezug auf die Schwierigkeiten beim Erkennen von strukturellem Rassismus deutlich, woraus sich ein Lernbedarf hinsichtlich sozialer Determinanten von Gesundheit und der Auswirkungen von struktureller rassistischer Diskriminierung ableiten lässt. Die angemessene Integration dieser Aspekte in das Curriculum des Medizinstudiums sollte durch Maßnahmen der Qualitätssicherung in der ärztlichen Ausbildung und der anderer Gesundheitsberufe sichergestellt werden (für vergleichbare Ansätze vgl. [39], [40]). Außerdem müssen institutionelle Unterstützungsangebote systematisch umgesetzt werden, um Rassismus sowohl im Studium als auch in der klinischen Praxis zu begegnen. Dazu gehören niederschwellige Beratungs- und Ombudsstellen, aber auch grundlegendere strukturelle Veränderungen in Bezug auf die Reproduktion von Rassismus durch das *hidden curriculum* der Medizin sowie feldspezifische Faktoren wie hierarchische Machtstrukturen, institutionelle Tabus und eine unzureichende Feedbackkultur. Das breite Spektrum an Ideen und Vorschlägen von Medizinstudierenden verdeutlicht den Wert partizipativer Ansätze zur Entwicklung innovativer Lehrpläne. Insgesamt unterstreichen unsere Ergebnisse die große Bedeutung von Rassismuskritik im medizinischen Pflichtcurriculum, wie es das Lernziel VIII.6-04.4.13 des NKLM 2.0 vorsieht [<https://nklm.de/Zend/objective/view/id/10001324/essential/yes/lve/211449>]. Sie verdeutlichen aber auch, dass didaktische Ansätze allein nicht ausreichen. Um substantielle Veränderungen zu erreichen, müssen sich die medizinischen Fakultäten auch auf institutioneller und struktureller Ebene umfassend mit Rassismus auseinandersetzen.

Danksagungen

Wir danken Shagana Shanmuganathan und Silke Schicktanz (UMG) für ihre Unterstützung bei der Konzeption der Studie, Houda Hallal (Köln) für ihre hilfreichen Kommentare zum Manuskript. Für den inhaltlichen und methodischen Austausch danken wir Tanja Gangarova, Felicia Boma Lazaridou und Hans Vogt (DeZIM). Vielen Dank an Lucas Rateitschak für seine Hilfe im Transkripti-

onsprozess und an Cai Weaver für sein sprachliches Lektorat.

Interessenkonflikt

Die Autor*innen erklären, dass sie keinen Interessenkonflikt im Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

Literatur

- Bartig S, Kalkum D, Mi Le H, Lewicki A. Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes; 2021.
- Schildmann J, Bruns F, Hess V, Vollmann J. "History, Theory and Ethics of Medicine": The Last Ten Years. A Survey of Course Content, Methods and Structural Preconditions at Twenty-nine German Medical Faculties. *GMS J Med Educ.* 2017;34(2):Doc23. DOI: 10.3205/zma001100
- Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd). Positionspapier. Interkulturelle Kompetenzen und rassismuskritisches Denken im Medizinstudium. Leipzig: bvmd; 2019. Zugänglich unter/available from: <https://www.bvmd.de/portfolio-items/interkulturelle-kompetenzen-und-rassismuskritisches-denken-im-medizinstudium/>
- Wanger L, Klilgenstein H, Poppel J. Über Rassismus in der Medizin. Ein Essay der Kritischen Medizin. München: Kritische Medizin; 2020. Zugänglich unter/available from: <https://kritischemedizinmuenchen.de/ueber-rassismus-in-der-medizin/>
- Bundesfachnetz Gesundheit und Rassismus. Offener Brief zum Thema Rassismus im Gesundheitssektor. Essen: Bundesfachnetz Gesundheit und Rassismus; 2021. Zugänglich unter/available from: <https://www.gesundheit-und-rassismus.de/offener-brief>
- Finke R, Gerhards S, Honerkamp L. Rassismuskritik in der medizinischen Ausbildung: Kommentierung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs (NKLM) und Empfehlungen für den Revisionsprozess. Berlin: Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd); 2022. Zugänglich unter/available from: <https://www.bvmd.de/wp-content/uploads/2022/12/PM-NKLM-Kritik.pdf>
- American Medical Association. Organizational Strategic Plan to Embed Racial Justice and Advance Health Equity, 2021-2023. Chicago: American Medical Association; 2021. Zugänglich unter/available from: <https://www.ama-assn.org/system/files/2021-05/ama-equity-strategic-plan.pdf>
- Kapadia D, Zhang J, Salway S, Nazroo J, Booth A, Villarroel-Williams N, Bécares L, Esmail A. Ethnic Inequalities in Healthcare: A Rapid Evidence Review. London: NHS Race and Health Observatory; 2022.
- Gießelmann K. Rassismus im Gesundheitswesen: Kein Einzelfall. *Dtsch Arztebl.* 2022;119(17):A758.
- Razum O, Reiss K, Breckenkamp J, Kaufner L, Brenne S, Bozorgmehr K, Borde T, David M. 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.* 2017;7(8):e015913. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-015913
- Yeboah A. Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland. Rassismuskritik und Widerstandsformen. In: Fereidooni K, El M, editors. *Rassismuskritik und Widerstandsformen.* Wiesbaden: Springer VS; 2017. p.143-161. DOI: 10.1007/978-3-658-14721-1_9
- Aikins MA, Bremberger T, Aikins JK, Gyamerah D, Yildirim-Caliman D. *Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland.* Berlin: Each One Teach One (EOTO) e.V.; 2021.
- Bundesministerium des Inneren und Heimat. National Action Plan Against Racism. Positions and Measures to Address Ideologies of Inequality and Related Discrimination. Berlin: Bundesministerium des Inneren und Heimat; 2017. Zugänglich unter/available from: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/publikationen/national-action-plan-against-racism-1525904>
- Hallal H. *Diversität in der humanmedizinischen Ausbildung. Eine empirische Rekonstruktion kollektiver Orientierungen in den institutionellen Erfahrungsräumen des Medizinstudiums.* Marburg: Tectum; 2015.
- Thomas PA, Kern DE, Hughes MT, Chen BY. *Curriculum development for medical education. A six-step approach.* 3 ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2016.
- Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung.* 4 ed. Weinheim; Basel: Beltz Juventa; 2018.
- Hamed S, Thapar-Björkert S, Bradby H, Ahlberg BM. *Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond.* *Qual Health Res.* 2020;30(11):1662-1673. DOI: 10.1177/1049732320931430
- Braun L. *Theorizing Race and Racism: Preliminary Reflections on the Medical Curriculum.* *Am J Law Med.* 2017;43(2-3):239-256. DOI: 10.1177/0098858817723662
- Braun L, Saunders B. *Avoiding Racial Essentialism in Medical Science Curricula.* *AMA J Ethics.* 2017;19(6):518-527. DOI: 10.1001/journalofethics.2017.19.6.peer1-1706
- Bailey ZD, Krieger N, Agénor M, Graves J, Linos N, Bassett MT. *Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions.* *Lancet.* 2017;389(10077):1453-1463. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30569-X
- Amutah C, Greenidge K, Mante A, Munyikwa M, Surya SL, Higginbotham E, Jones DS, Lavizzo-Mourey R, Roberts D, Tsai J, Aysola J. *Misrepresenting Race - The Role of Medical Schools in Propagating Physician Bias.* *N Engl J Med.* 2021;384(9):872-828. DOI: 10.1056/NEJMms2025768
- Ona FF, Amutah-Onukagha NN, Asemamaw R, Schlaff AL. *Struggles and Tensions in Antiracism Education in Medical School: Lessons Learned.* *Acad Med.* 2020;95(12S):S163-S168. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003696
- Peek ME, Vela MB, Chin MH. *Practical Lessons for Teaching About Race and Racism: Successfully Leading Free, Frank, and Fearless Discussions.* *Acad Med.* 2020;95(12S):S139-S144. DOI: 10.1097/acm.0000000000003710
- Green KA, Wolinsky R, Parnell SJ, del Campo D, Nathan AS, Garg PS, Kaplan SE, Dasgupta S. *Deconstructing Racism, Hierarchy, and Power in Medical Education: Guiding Principles on Inclusive Curriculum Design.* *Acad Med.* 2022;97(6):804-811. DOI: 10.1097/acm.0000000000004531
- Sotto-Santiago S, Poll-Hunter N, Trice T, Buenconsejo-Lum L, Golden S, Howell J, Jacobs N, Lee W, Manson H, Ogunyemi D, Crespo W, Lamba S. *A Framework for Developing Antiracist Medical Educators and Practitioner-Scholars.* *Acad Med.* 2022;97(1):41-47. DOI: 10.1097/acm.0000000000004385

26. Wilkins CH, Williams M, Kaur K, DeBaun MR. Academic Medicine's Journey Toward Racial Equity Must Be Grounded in History: Recommendations for Becoming an Antiracist Academic Medical Center. *Acad Med.* 2021;96(11):1507-1512. DOI: 10.1097/acm.0000000000004374
27. Nieblas-Bedolla E, Christophers B, Nkinsi NT, Schumann PD, Stein E. Changing How Race Is Portrayed in Medical Education: Recommendations From Medical Students. *Acad Med.* 2020;95(12):1802-1806. DOI: 10.1097/acm.0000000000003496
28. Smith L, Kashubeck-West S, Payton G, Adams E. White Professors Teaching About Racism: Challenges and Rewards. *Couns Psychol.* 2017;45(5):651-668. DOI: 10.1177/0011000017717705
29. Bradby H, Hamed S, Thapar-Björkert S, Ahlberg BM. Designing an education intervention for understanding racism in healthcare in Sweden: development and implementation of anti-racist strategies through shared knowledge production and evaluation. *Scand J Public Health.* 2021;14034948211040963. DOI: 10.1177/14034948211040963
30. Metz J, Petty J, Olowojoba OV. Using a structural competency framework to teach structural racism in pre-health education. *So Sci Med.* 2018;199:189-201. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.06.029
31. Committee on the Elimination of Racial Discrimination (CERD). Concluding observations on the combined nineteenth to twenty-second periodic reports of Germany. Geneva: United Nations High Commissioner for Human Rights; 2015. Zugänglich unter/available from: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CERD/Shared%20Documents/DEU/INT_CERD_CO_COC_DEU_20483_E.pdf
32. Fischer MS, Hoßfeld U, Krause J, Richter S. Jenaer Erklärung – Das Konzept der Rasse ist das Ergebnis von Rassismus und nicht dessen Voraussetzung. *BiuZ.* 2019;49(6):399-402. DOI: 10.1002/biuz.201970606
33. Mecheril P, Melter C. Rassismus als machtvolle Unterscheidungspraxis. In: *Enzyklopädie Erziehungswissenschaft online (EEO)*. Beltz Juventa; 2011. p. 1-34. DOI: 10.3262/EE006110166
34. Fereidooni K. Rassismuskritische Theorie und Praxis der sozialwissenschaftlichen Lehrer_innenbildung. In: Kergel D, Heidkamp B, editors. *Praxishandbuch Habitussensibilität und Diversität in der Hochschullehre*. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2019. p.293-318. DOI: 10.1007/978-3-658-22400-4_14
35. Allemann-Ghionda C, Hallal H. Interkulturalität, Gesundheit und Medizin. In: Allemann-Ghionda C, Bukow WD, editors. *Orte der Diversität: Formate, Arrangements und Inszenierungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011. p.173-190. DOI: 10.1007/978-3-531-92087-0_11
36. Weßel M. The Nordic in the Scientific Racial Discourses in the United States and Northern Europe in the Interwar Period. The Passing of Greatness. In: Marjanen J, Strang J, Hiltson M, editors. *Contesting Nordicness From Scandinavianism to the Nordic Brand*. Helsinki Yearbook of Intellectual History. Berlin: de Gruyter; 2021. p.59-80. DOI: 10.1515/9783110730104-004
37. Scheurich JJ, Young MD. Coloring Epistemologies: Are Our Research Epistemologies Racially Biased? *Educ Res.* 1997;26(4):4-16. DOI: 10.3102/0013189x026004004
38. Alcoff LM. Epistemologies of Ignorance. Three Types. In: Sullivan S, Tuana N, editors. *Race and Epistemologies of Ignorance*. Albany: State University of New York Press; 2007. p.39-49.
39. Ludwig S, Gruber C, Ehlers JP, Ramspott S. Diversity in Medical Education [Diversity in der medizinischen Aus- und Weiterbildung]. *GMS J Med Educ.* 2020;37(2):Doc27. DOI: 10.3205/zma001320
40. Ludwig S, Roa Romero Y, Balz J, Petzold M. The use of quality assurance instruments and methods to integrate diversity aspects into health professions study programmes [version 1]. *MedEdPublish.* 2018;7(53). DOI: 10.15694/mep.2018.0000053.1

Korrespondenzadresse:

Simon Matteo Gerhards

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Fakultät VI
Medizin und Gesundheitswissenschaften, Department
für Versorgungsforschung, Abteilung Ethik in der Medizin,
Ammerländer Heerstr. 114-118, 26129 Oldenburg,
Deutschland

simon.matteo.gerhards@uni-oldenburg.de

Bitte zitieren als

Gerhards SM, Schweda M, Weßel M. Medical students' perspectives on racism in medicine and healthcare in Germany: Identified problems and learning needs for medical education. *GMS J Med Educ.* 2023;40(2):Doc22.
DOI: 10.3205/zma001604, URN: urn:nbn:de:0183-zma001604

Artikel online frei zugänglich unter<https://doi.org/10.3205/zma001604>**Eingereicht:** 18.07.2022**Überarbeitet:** 19.10.2022**Angenommen:** 21.12.2022**Veröffentlicht:** 17.04.2023**Copyright**

©2023 Gerhards et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.