

Medizin für Alle? von N'joula Agnes Baryoh und Ngozi Katharina Odenigbo von
<https://blackinmedicine.de>

1. Was ist das Problem / die Leerstelle?

Nach den schrecklichen Ereignissen des zweiten Weltkrieges tagte die Generalversammlung der Vereinten Nationen und erklärte mit der Charta die Menschenrechte. 1948, drei Jahre später wurden in den unterschiedlichen Artikeln der Resolution nicht nur die Menschenrechte, sondern auch der Schutz vor Benachteiligung und Diskriminierung aufgrund von "race" als Ziel festgelegt und somit Rassismus verurteilt. Trotzdem war nach dem Krieg keine grundlegende Veränderung der Ideologien, sicherlich auch aufgrund personeller Kontinuitäten bspw. in Medizin und Lehre, zu beobachten.

Historisch hatten große Philosophen und Wissenschaftler wie Kant mit der Einführung seiner „Rassenlehre“ und der Aufstellung einer rassistischen Werteskala, sowie Hegel, einer der wirkmächtigsten Denker der modernen Philosophie, der durch sein Werk ebenfalls einen großen Einfluss in der europäischen Geistesgeschichte und folglich der Weltgeschichte hatte, diese Denkmuster geprägt.

Ein weiterer Gelehrter und Schriftsteller, Arthur de Gobineau schrieb Mitte des 19. Jahrhunderts ein 4-bändiges Essay über die Ungleichheit der Menschenrassen - die er in weiß, gelb und Schwarz kategorisierte und in dem er die Überlegenheit der "arischen" Menschenrasse zu begründen versuchte. Später legitimierten die Nationalsozialisten unter anderem mit diesem Werk ihre Ideologie - Gobineaus' Gedanken finden sich teilweise sogar in Adolf Hitlers' "Mein Kampf" wieder. Die "Rassenideologie" hatte spätestens Mitte des 19. Jahrhunderts Einzug in die Medizin erhalten. Denn die sog. Sozialdarwinisten, die das Naturgesetz mit der These "survival of the fittest" aufstellten und später die noch radikaleren Rassehygieniker und Eugeniker vertraten nicht nur die Ansicht, dass es eine genetische Überlegenheit der weißen "Rasse" gäbe, sondern begründeten und verbreiteten diese Theorie auch pseudowissenschaftlich.

Diese Rassenideologie wiederum war die Wurzel und gleichzeitig auch die Rechtfertigung für bspw. Die Greuelthaten der kolonialen Tropenmediziner (dazu später mehr). Noch gegenwärtig leiden Schwarze Menschen und Personen of Color unter bestehenden Stereotypisierungen sowie Diskriminierung im Kontext der Gesundheitsversorgung. Dies hat eine ungleiche medizinische Versorgung zur Folge.

Schwarze Patient*innen berichten häufig, die Erfahrung gemacht zu haben, dass ihre Schmerzen im Kontext ihrer medizinischen Versorgung nicht ernst genommen wurden. Bei Frauen* war es häufig die Situation um die Geburt eines Kindes herum. Hier wurden ihnen ihre Schmerzen abgesprochen. Sie berichteten, die analgetische Therapie sei nicht ausreichend gewesen. „Du bist doch Afrikanerin, du musst das doch können.“ Dies ist ein Satz, den eine Schwarze Frau mit Migrationsbiografie aus Hamburg, die selbst im Gesundheitswesen tätig ist, sich habe anhören müssen, während sie in den Wehen lag. Nach einer fehlgesetzten Periduralanästhesie litt sie unter der Geburt noch an massiven Schmerzen und bat um weitere Schmerzmittelgabe. Diese wurde ihr mit eben dieser Aussage verwehrt. Solche Erfahrungen mag die eine oder andere Person als zufällig betrachten. Setzen wir uns aber mit der Geschichte der Medizin auseinander, wird deutlich,

dass Schwarzen Menschen das Schmerzempfinden abgesprochen, sowie Schwarze Körper seit Jahrhunderten als Experimentierobjekt genutzt wurden.

Fokussieren wir uns auf die Geschichte der Gynäkologie, kommen wir an dem Namen James Marion Sims (1813-1883) nicht vorbei. Sims war amerikanischer Arzt und Chirurg, der sogenannte "Vater der modernen Gynäkologie". Er ist bekannt für die Entwicklung einer chirurgischen Technik zur Reparatur der vesikovaginalen Fistel, ein Zustand bei dem Urin durch die Vagina austritt. Weiterhin ist er durch das „Sims speculum“, ein gynäkologisches Instrument zur Untersuchung der Vagina, bekannt. Seine Tätigkeit war tief verwurzelt im Sklavenhandel. Durch die Behandlung des menschlichen Eigentums der Sklavenbesitzer, sollte die Produktions- und Reproduktions-Fähigkeit der versklavten Frauen aufrechterhalten werden. Von 1845 bis 1849 erprobte James Marion Sims chirurgische Techniken an versklavten afroamerikanischen Frauen- zumeist ohne deren Zustimmung und auch ohne Narkose. Versklavte Frauen wurden als menschliche Versuchsobjekte genutzt. Diese experimentellen Operationen waren unethisch und grausam und fügten dutzenden versklavten Frauen unermesslichen Schaden zu. Eine junge versklavte Frau, Anarcha Wescott, litt an einer rektovaginalen- oder vesikovaginalen Fistel. Sie erhielt 30 Operation durch Sims. Die erste als sie im Alter von 17 Jahreshschwanger war, weitere bis zum endgültigen Verschluss der Fistel. Eine andere versklavte Frau, Lucy, litt seit der vaginalen Entbindung ihres Kindes an einer Inkontinenz. Lucy musste sich Operationen unter stärksten Schmerzen unterziehen, während Dutzende von Ärzten zuschauten. Eine weitere Frau namens Betsy musste ähnliche Erfahrungen machen wie Lucy und Anarcha Wescott und heute weiß man, dass die Operation nicht im Einvernehmen der Frauen stattfand. Gewaltsame Fesselung der Frauen mit Handschellen vor den Operationen waren nichts ungewöhnliches.

Die „Mütter der modernen Gynäkologie“ ist eine Bewegung des Protest gegen die gewaltsamen Methoden Sims, dem sog. „Vater der modernen Gynäkologie“. Ziel der Bewegung ist es, die Beiträge zur Wissenschaft durch Lucy, Anarcha und Betsy zu würdigen: "Wenn Sie jemals einen Abstrich nach Papanicolaou, kurz Pap-Abstrich hatten, haben Sie Anarcha, Lucy und Betsy zu danken."

Die Statue des Arztes James Marian Sims stand bis April 2018 im New Yorker Central Park. Ihre Entfernung wurde durch die Arbeit einer im Jahre 2017 eingerichteten Kommission zur Bewertung der Statue erreicht. Die Wissenschaft hat ihren Auftrag als kritisches Korrektiv über Jahrhunderte nicht wahrgenommen. Vielmehr haben akademische Disziplinen wie die Botanik, die (Tropen-) Medizin, die Geographie, Anthropologie, Ethnologie und die Sprachwissenschaften die Grundlagen zur Ausbeutung von Menschenleben erschaffen. Obwohl es keine biologische Grundlage für die Aufteilung von Menschen gibt, hat die Vorstellung von „Rasse“ und die zugeschriebenen kategorialen Unterscheidungen die moderne Welt auf grundlegende Art und Weise geformt. Unsere Wahrnehmung und Realitäten werden durch das Rassenkonzept bis heute strukturiert.

Rassismus wurde als gesellschaftliches Ordnungssystem etabliert. Es wurde zur Rechtfertigung für die Dehumanisierung von Schwarzen Menschen, welche im transatlantischen Verklavungshandel sowie in Kolonisierung weiter Teile der Welt wirksam wurde.

Mediziner wie Claus Schilling, Eugen Fischer oder aber bekanntere, bedeutsame Namen wie Rudolf Ludwig Karl Virchow, Robert Koch etc. haben mit ihrer ärztlichen Tätigkeit, legitimiert durch die Wissenschaft, zahlreiche Verbrechen an Schwarzen Menschen im Zeitalter des deutschen Kolonialismus begangen. Demnach bedeutet die Auseinandersetzung mit Rassismus in der Medizin

zum einen eine Aufarbeitung des kolonialen Erbes. Zum anderen ermöglicht die Förderung Schwarzer Perspektiven in der Medizin die Sensibilisierung in Bezug auf Diskriminierung im Gesundheitswesen, als auch eine Inklusion analog unserer globalisierten Welt in der entwicklungspolitischen Arbeit sei es in Nord-Süd oder Süd-Nord Kontexten.

2. Was muss sich ändern?

Eine im Jahre 2016 in den USA mit amerikanischen Medizinstudierenden durchgeführte Studie erbrachte das Ergebnis, dass 40 % der Studierenden glaube, dass Schwarze Menschen eine dickere Haut hätten, sowie weniger schmerzempfindlich seien. 12% der Studierenden glaubte sogar, dass Schwarze Menschen weniger Nervenendigungen besäßen und folglich mehr Schmerzen aushielten. Desweiteren führt ein weiteres Phänomen, dass der Adultifizierung Schwarzer Kinder und Jugendliche zu einer schlechteren analgetischen Versorgung der jüngeren Patient*innen-Gruppe. Bei der Adultifizierung wird Schwarzen Kindern die Vorstellung von Unschuld und Verletzlichkeit abgesprochen. Der systemische Rassismus und Vorurteile zwingen demnach Schwarze Kinder in soziale, emotionale und körperliche Erwachsenenrollen, bevor sie überhaupt erwachsen sind. Eine weitere Studie von 2012 fand einen Zusammenhang zwischen der unbewussten rassistischen Voreingenommenheit von Kinderärzt*innen und der Art und Weise, wie sie Schmerzen bei einem simulierten afroamerikanischen oder weißen Teenager nach einer Operation behandelten: Mit zunehmender Stärke der impliziten Voreingenommenheit der Ärzt*innen zugunsten des weißen Jugendlichen sank die Wahrscheinlichkeit, dass sie dem/der Schwarzen Jugendlichen* ein angemessenes Schmerzmittel verschrieben. Darüber hinaus ergab eine Meta-Analyse von Studien aus über 20 Jahren, die sich mit vielen Schmerzursachen in zahlreichen Bereichen befassten, dass Schwarze bzw. afroamerikanische Patient*innen mit 22 % geringerer Wahrscheinlichkeit Schmerzmittel erhielten als weiße Patient*innen.

Dies sind erschreckende Zahlen, denn aus den Medizinstudierenden werden eines Tages praktizierende Ärzt*innen bzw. die bereits als Fachpersonal tätig haben längst Verantwortung und Entscheidungsgewalt über andere Menschen, auch Schwarze Patient*innen.

Mit der Existenz solcher Überzeugungen lässt sich leicht nachvollziehen, warum Schwarze Menschen immer wieder die Erfahrung machen, ihre Schmerzen würden nicht ernst genommen.

Die gewaltvolle Aussage des behandelnden Arztes gegenüber der o.g. Schwarzrn Frau aus Hamburg während sie hier in Deutschland in den Wehen lag „Sie sind doch Afrikanerin das können sie aushalten“ ist eine Kontinuität in der Geschichte der Dehumanisierung von Schwarzen Menschen. Eine Kontinuität des Versuches die eigenen Greuelthaten im Rahmen der Versklavung und der experimentellen Versuche an Kindern, Frauen und Männern, Schwarzen Körpern zu rechtfertigen. Sie ist nicht losgelöst von einer rassistischen kolonialen Kontinuität zu betrachten. Zum Aufarbeiten diskriminierender Überzeugungen und Strukturen gehört unweigerlich die Auseinandersetzung mit dem Medizinstudium wie das obige Beispiel deutlich macht. Es bedarf der rassismuskritischen Betrachtung des gelehrten Curriculums im Studium. Nicht nur in der Lehre, sondern auch in der Praxis fehlt das Bewusstsein für Rassismus als Determinante von Gesundheit bzw. Krankheit. Die Lehre darüber, also die Wirkmechanismen und Folgen von Rassismuserfahrung auf die Gesundheit sind von enormer Bedeutung um gleiche Zugänge für alle Patient*innengruppen im deutschen Gesundheitssystem zu ermöglichen.

Inzwischen ist es wissenschaftlich belegt, dass Trauma und Stress, ausgelöst durch Rassismus, sog. "racial related stress", krank macht und zu einem Krankheitsbild, das dem der post-traumatischen- Belastungsstörung ähnelt, führt. Es gibt mittlerweile sogar einen international anerkannten ICD- Schlüssel zur Katalogisierung des "racial trauma" in der Medizin. In Deutschland ist das die Zusatzbezeichnung Z. 60.5: Zielscheibe feindlicher Diskriminierung und Verfolgung.

Es ist ein erster, aber großer Schritt in der Sichtbarkeitmachung dieses Problems auf höherer Ebene (bspw. Krankenkassen) und zwingt zur Übernahme von Verantwortlichkeit, z. B. auch finanziell, denn wie die Beispiele und Ergebnisse in diesem und dem vorangegangenen Abschnitt zeigen, stammen fast alle Studienergebnisse aus dem US-amerikanischen Kontext. Hier in Europa gibt es noch in Großbritannien wissenschaftliche Arbeiten zu dem Themenschwerpunkt Anti-Schwarzer Rassismus in der Medizin.

In Deutschland war die Studie Afrozensus 2020, gemeinschaftlich von Each One Teach One und Citizens for Europe, die erste umfassende Studie, die neben anderen Bereichen, eben auch Anti-Schwarzen Rassismus im Gesundheitssystem beleuchtet hat. Mit der Kampagne „Schwarzsein in der Medizin“ hat der Verein Black in Medicine erstmalig begonnen, eine Datenbank zur Dokumentation von Ereignissen von Anti-Schwarzem Rassismus im Kontext des deutschen Gesundheitssystems zu erstellen.

Es ist wichtig, wenn auch der US-amerikanische Kontext ein etwas anderer bezüglich Migrationsgeschichte der Afrikanischen Diaspora ist, diese Ergebnisse heranzuziehen, da Schwarze Menschen afrikanischer Herkunft und Abstammung bereits aktuell stark unter den Auswirkungen des Anti-Schwarzen Rassismus hierzulande leiden, wie die Ergebnisse des Deutschen Zentrums für Integrations und Migrationsförderung (DeZIM), sowie die aktuelle Studie der EU-Agentur für Grundrechte (FRA) "Being Black in Europe" zeigen. Denn die Wurzel der Diskriminierung und des Rassismus, den Schwarze Menschen, sowohl in den USA, als auch hier in Europa und nicht zu vergessen auf dem Mutterkontinent- wie ich Afrika nenne bzw. den globalen Süden, wie andere ihn nennen- erfahren ist und bleibt ja dieselbe.

In diesem Rahmen sollte auch nicht unerwähnt bleiben, dass Studierende* und Fachkräfte in sozialen und medizinischen Berufen via Entsendungsprogrammen in diversen Ländern des globalen Südens eingesetzt werden. Zum einen ist dies ohne kritische Auseinandersetzung der individuellen Motivation, zum anderen muss auch immer die entwicklungspolitisch tätige Institution und dessen Strukturen und Denkmuster beleuchtet werden. Hier ist zum Beispiel gängige Praxis, dass dem Personal, gleich welchen Fachgebietes oftmals der persönliche Kontakt mit sog "Einheimischen" strikt untersagt und dieser sogar geahndet wird. Es schreit förmlich nach critical Whiteness Workshops um bspw. dem eigenen white savior - oder white superiority Komplex usw. nachzugehen.

3. Wie kann sich etwas ändern?

Wir müssen uns nicht nur individuell und kollektiv als Fachpersonen des Gesundheitswesens unangenehmen Fragen stellen, wie: Wer forscht mit vermeintlich „objektivem“ Blick? Wer forscht mit welchem Interesse? Wer sind die Forschungssubjekte? In welcher Tradition lernen wir? Woher stammt unser Wissen? Warum bestehen vielleicht Ängste oder Vorbehalte bestimmter Personengruppen gegenüber der Medizin? etc.

Es bedarf klinischer Forschung mit spezifischen Fragstellungen, sowohl in Form von qualitativen, als auch quantitativen Studien. Nur das ermöglicht langfristig eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung auch für BIPOC. Aber allgemein im Bezug auf die Durchführung von klinischen Studien liegt Deutschland hinter den USA, Spitzenreiter ist Spanien.

Wir müssen nicht nur unsere eigenen Positionierungen und Privilegien als Privatpersonen oder Institutionen ehrlich hinterfragen um die epistemische Gewalt sichtbar zu machen. Ein weiterer notwendiger Schritt wäre das aktive Zuhören. Das bedeutet, dass Ressourcen bereitgestellt und Räume geschaffen werden müssen, wo Betroffene und deren Erfahrungen geäußert und in Schrift aufgenommen werden können (bspw. Beschwerdemanagement zu Rassismus). Denn nur so können zum Einen Perspektiven der betroffenen Personen ohne Bewertung nicht-Betroffener festgehalten werden und zum anderen, wird dadurch deutlich, dass es sich eben nicht um Einzelfälle handelt.

Interkulturelle Kompetenz, sowie Diversitäts- und Rassismussensibilität, also die Fähigkeit unterschiedliche, (menschengemachte) Ungleichheitsstrukturen (wie z.B. Hautfarbe, ethnische Herkunft, Sexismus, Heteronormativität, Klassismus, Ableism etc.), die in unserer Gesellschaft bestehen, wahrzunehmen, sollten feste Voraussetzung zum Erhalt des Ausbildungs- oder Studienabschlusses im Gesundheitswesen sein. Ebenso beim "on boarding" von Hauptamtlichen oder Ehrenamtlichen in der entwicklungspolitischen Arbeit Desweiteren sollten regelmäßige Weiterbildungen im Laufe des Berufsleben obligatorisch sein um eine konsequente Wissensvermittlung und Auseinandersetzung mit den bestehenden Stereotypen zu bewerkstelligen. Unterstützende Instrumente hierfür könnten Antidiskriminierungsstellen sein, sowie das Ernennen von Antirassismus-Beauftragten in allen Landesärztekammern und Institutionen der Gesundheitsversorgung. (zu beachten gilt: die Gleichstellungsbeauftragte Person ist NICHT gleichzusetzten mit einer Antirassismusbeauftragten Person!). Dies ermöglicht auch bei Rassismuserfahrungen im Kontext der Gesundheitsversorgung, die Weitervermittlung von Fachpersonal und Patient*innen an qualifizierte Beratungsstellen und das wiederum stellt eine wichtige Unterstützungsmaßnahme dar um ggf. auch juristische Schritte einzuleiten.

Critical Whiteness Seminare an medizinischen Fakultäten, Krankenhäusern und Institutionen der Gesundheitsversorgung im Rahmen der Qualitätssicherung wären ebenso zu bedenken.

So wie es Standardarbeitsweisen (SOPs) in der Medizin gibt, sollten auch Standards für Verhalten und Verantwortlichkeit bezüglich dieses Themengebietes festgelegt und etabliert werden.

Denn es liegt in unserer Verantwortung, gewaltvolle Zusammenhänge und koloniale Kontinuitäten auch in der Wissenschaft zu erkennen und zu benennen.

Quellen/ Literatur

1. Interview mit Jakob Tanner aus dem Buch *das Phantom Rasse*, (Folie 19)
2. *Mythen Masken Subjekte* Seite 109 fußnote 13 Folie Dt. Kolonialismus
3. https://de.wikipedia.org/wiki/Kongokonferenz#Frühe_Kolonialzeit
4. *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, Akademieausgabe S. 421
5. <https://www.lernhelfer.de/schuelerlexikon/politikwirtschaft/artikel/immanuel-kant#>

6. <https://www.philomag.de/artikel/kant-und-der-rassismus-0>
7. Königsberg, 1802. [Reprint. Amsterdam, 1975]. 2 vols in 1. VIII,240, 195 pp. Hardcover. (Klassische Texte der Physischen Geographie, Band II). Facsimile reprint of the 1802 edition.
8. https://en.wikipedia.org/wiki/Georg_Wilhelm_Friedrich_Hegel
9. https://www.praefaktisch.de/hegel/das-untote-in-hegel-warum-wir-ueber-seinen-rassismus-reden-muessen/#_edn1
10. [i] Vorlesungen über die Philosophie des subjektiven Geistes. Nachschrift Hotho, 1822. Hg. Christoph Johannes Bauer. In: G.W.F. Hegel. Gesammelte Werke. Hg. Nordrhein-Westfälische Akademie der Wissenschaften und Künste. Bd. 25.1. Felix Meiner: Hamburg, 2008, 35.
11. [ii] G.W.F. Hegel. Die Philosophie der Geschichte. Vorlesungsmitschrift Heimann (Winter 1830/1831). Hg. Klaus Vieweg. München: Wilhelm Fink, 2005, 59.
12. [iii] Vorlesungen über die Philosophie des subjektiven Geistes. Nachschrift Hotho, 1822, a.a.O., 115.
13. [vii] Vorlesungen über die Philosophie des Rechts. Nachschrift Hotho, 1822/23. Hg. Klaus Grotzsch. In: G.W.F. Hegel. Gesammelte Werke. Hg. Nordrhein-Westfälische Akademie der Wissenschaften und Künste. Bd. 26.2. Felix Meiner: Hamburg, 2015, 822f.
14. https://www.gruene-thl.de/sites/default/files/gutachten_rassismusdefinitionen_enquete-kommission_rassismus_thueringer_la.pdf
15. <https://www.ekr.admin.ch/publikationen/d558.html>
16. https://macau.uni-kiel.de/receive/diss_mods_00002627?lang=en
17. https://www.gruene-thl.de/sites/default/files/gutachten_rassismusdefinitionen_enquete-kommission_rassismus_thueringer_la.pdf
18. https://de.wikipedia.org/wiki/Deutsche_Kolonien
19. https://de.wikipedia.org/wiki/Rudolf_Virchow
20. <https://taz.de/Pathologe-mit-fragwuerdigen-Vorstellungen!/5763270/>
21. „Kolonialismus, Eugenik und Bürgerliche Gesellschaft in Deutschland“ Pascal Grosse
22. <https://www.freiburg-postkolonial.de/Seiten/robertkoch.htm>
23. <https://www.freiburg-postkolonial.de/Seiten/robertkoch.htm>
[https://de.wikipedia.org/wiki/Eugen_Fischer_\(Mediziner\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Eugen_Fischer_(Mediziner))
24. https://de.wikibrief.org/wiki/Eugen_Fischer

25. <https://www.genocide-alert.de/projekte/deutschland-und-massenverbrechen/herero-und-nama/>
26. <https://www.tagesspiegel.de/wissen/genozid-in-afrika-ermordet-praepariert-und-erforscht/4665882.html>
27. <https://www.tagesspiegel.de/wissen/koloniales-erbe-in-namibia-charite-gibt-herero-gebeine-zurueck/9575300.html>
28. <https://taz.de/Rueckgabe-von-Gebeinen-aus-Kolonialzeit/!5528265/>
29. <https://taz.de/Human-remains-in-Berlin/!5835403/>
30. <https://www.bbc.com/news/magazine-35240987>
31. https://de.wikibrief.org/wiki/Mothers_of_Gynecology_Movement
32. <https://mysteriesunsolved.com/de/2020/12/james-marion-sims-father-of-modern-gynecology.html>
33. <https://www.aamc.org/news/how-we-fail-black-patients-pain>
34. <https://www.statnews.com/2016/04/04/medical-students-beliefs-race-pain/>
35. <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.1516047113>
36. https://de.wikipedia.org/wiki/Arthur_de_Gobineau
37. <https://fra.europa.eu/de/news/2023/schwarze-der-eu-sind-immer-groesserem-rassismus-ausgesetzt>
38. <https://postkolonial.soziale-bildung.org/stationen/medizinische-fakultaet/>
39. <https://www.deutschlandfunk.de/menschenexperimente-robert-koch-und-die-verbrechen-von-100.html>