

Medizin für Alle? – zeitgenössische Handlungsempfehlungen

„Warum der Morbus Bosphorus keinen ICD-10 Code besitzt“

von Gülcan Cetin

Kurzbiographie:

Gülcan Cetin ist Webvideokünstler:in beim öffentlich-rechtlichen geförderten YouTube Kanal „Datteltäter“. Mit ihrer Leidenschaft fürs Schauspiel bricht sie auf humorvolle Art Vorurteile auf, indem sie gängige Klischees über Muslim:innen in Deutschland widerlegt. Abseits der Kamera ist Gülcan Medizinstudent:in an der Charité und Stipendiatin des Avicenna Studienwerks. Vor ihrem Studium absolvierte sie eine Ausbildung zur Operationstechnischen Assistent*in.

1. Was ist das Problem?

Bei Behandlungen in medizinischen Institutionen, dazu zählt auch der Besuch beim Hausarzt, werden die Beschwerden der Betroffenen zu einem Krankheitsbild zusammengefasst und damit eine Diagnose gestellt. Jede Erkrankung wird mithilfe eines weltweit anerkannten, standardisierten Systems zur Klassifizierung medizinischer Diagnosen in sog. ICD-10 Codes (International Classification of Diseases, 10th Revision code) verschlüsselt. Diese Codes werden zur Klassifizierung von Krankheiten und anderen Gesundheitsproblemen für verschiedene Zwecke verwendet, wie z. B. für die Meldung medizinischer Ansprüche, statistische Analysen oder in der Forschung¹. Des Weiteren werden sie auch für die Abrechnung medizinischer Leistungen; für die Erstellung von Statistiken, sowie für die Qualitätsberichterstattungen von Krankenhäusern genutzt². Die aktuellen Versionen der ICD-Codes werden von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben³.

Das ICD-10 System wird derzeit in 27 Ländern verwendet⁴ und bildet seit 2003 die Grundlage für die Abrechnung von Gesundheitsleistungen in verschiedenen Ländern, darunter auch Deutschland und verfolgt das Ziel, eine Möglichkeit zur Kontrolle der Kostenentwicklung zu schaffen. Schlussfolgernd gilt: Kein Code? Keine Diagnose! Kein Geld!⁵

Es ist kein seltenes Phänomen, dass vor allem Mediziner:innen aus dem globalen Norden bei BIPOC Patient:innen bzw. bei Menschen aus dem globalen Süden bei der Erstellung einer konkreten Diagnose Schwierigkeiten haben. Die angegebenen, körperlichen Beschwerden können nicht immer zu einer klaren Diagnose zusammengefasst werden. Die Gründe hierfür sind unterschiedlich. Manchmal reicht das Aussehen der Patient:innen aus, um sie als „schwierigen Fall“ zu deklarieren. Manche BIPOC Patient:innen berichten, dass ihre Schmerzen gar nicht „ernst genommen werden“ oder ihre Schmerzenintensitäten als „übertrieben“ gewertet und heruntergespielt werden.

In dem aktuellen Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors (NaDiRa) von 2023 findet sich hierzu die Teilstudie „Rassismus in der ärztlichen Ausbildung – eine

¹ <https://gesund.bund.de/icd-code-suche>

² <https://www.aapc.com/resources/what-is-icd-10>

³ https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-WHO/_node.html

⁴ <https://de.wikipedia.org/wiki/ICD-10>

⁵ <https://flexikon.doccheck.com/de/ICD-Schl%C3%BCssel>

partizipative-explorative Analyse“ von Hans Voigt. Diese stellt unter anderem fest, dass knapp jede dritte rassistisch markierte BIPOC angibt, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen wurden. Besonders bei Frauen*: muslimische Frauen (39 %) und asiatische Frauen (37 %) haben deswegen Ärzt:innen gewechselt. Untersucht wurde zudem inwiefern hierdurch Menschen es vermeiden zu Ärzt:innen zu gehen. So geben 13 % bis 14 % der Schwarzen, asiatischen und muslimischen Frauen an, eine Behandlung aus Angst vor weiteren Diskriminierung verzögert oder komplett gemieden zu haben. Den Betroffenen wird eine Überempfindlichkeit ihrer Schmerzen zugesprochen und die Glaubhaftigkeit ihrer körperlichen Beschwerden abgesprochen. Ihre Bedürfnisse werden übersehen. Dadurch verlieren die Patient:innen nicht nur das Vertrauen zu ihren Ärzt:innen, sondern bekommen auch keine vergleichbare gesundheitliche Versorgung wie bei weiß positionierten Patient:innen.

Entsendete Mediziner:innen aus dem globalen Norden, die im globalen Süden arbeiten, können aufgrund sprachlicher Barrieren und unzureichender Kommunikationskompetenzen sowie unzureichender Mitberücksichtigung ethnischer und kultureller Unterschiede, die angegebenen Schmerzen der Patient:innen nicht direkt einem Krankheitsbild zuordnen oder die angegebenen Schmerzintensitäten der Betroffenen nicht wirklich nachvollziehen und deshalb die Fehldiagnose „Morbus Bosporus“ stellen. Folge davon ist, dass die somatischen Schmerzen, d.h. die Schmerzen, die man tatsächlich körperlich wahrnimmt, relativiert werden. Dadurch steigt der Leidensdruck der Betroffenen umso mehr.⁶

Die postoperative Nachsorge, d.h. wenn Patient:innen für eine Operation stationär aufgenommen werden und operiert wurden, bei BIPOC Patient:innen, kann sich im Verhältnis zu weißen Patient*innen durchaus anders gestalten und für die global gerechte gesundheitliche Versorgung eine Herausforderung in Nord-Süd Kontexten darstellen.

BIPOC Patient:innen können nach einer Operation unterschiedliche, individuelle Schmerzwahrnehmungen haben. Wird dies nicht berücksichtigt, erhalten die Betroffenen keine angemessene Behandlung gegen ihre Schmerzen⁷. Es wird davon ausgegangen, dass sich im Bereich der postoperativen Schmerzbehandlung kulturelle Kompetenz- und Gesundheitsunterschiede manifestieren, was auf die Notwendigkeit maßgeschneiderter Ansätze für Patient:innen im globalen Süden hinweist.⁸

Die rassismuskritische Geschichtsdeutung der Medizin deutet darauf hin, dass Mediziner:innen aus dem globalen Norden über Jahrhunderte hinweg die irrtümliche Annahme teilten, dass insbesondere Schwarze Menschen weniger empfindliche Nervenenden hätten als weiße Menschen. Dieses Thema wird vertiefend in dem Text „Medizin für Alle?“ von N’Joula Agnes Baryoh und Ngozi Odenigbo (vom Black in Medicine Kollektiv) behandelt. Weiterhin hielten Mediziner:innen des globalen Nordens in der Historie für möglich, dass insbesondere Schwarze Patient:innen eine „dickere“ Haut hätten als weiße Menschen. Diese falschen Überzeugungen und Vorurteile können dazu beitragen, dass Patient:innen aus dem globalen Süden, insbesondere Schwarze Menschen, im Vergleich zu weißen Menschen ein deutlich geringeres Schmerzempfinden zugeschrieben wird⁹. Schlussfolgernd erhalten die Patient:innen keine ausreichende medizinische Analyse.

⁶ Kajikhina, K., 2022..

⁷ Hoffman et.al 2016 .

⁸ Yelton MJ et.al 2023

⁹ Waytz et.al 2015

Weitere Faktoren wie der sozioökonomische Status, das Geschlecht und die ethnische Zugehörigkeit beeinflussen ebenfalls die postoperative Schmerzbehandlung.

Unzureichende Zugänglichkeit, schlechte Kommunikation und kulturelle Aspekte wurden als Hindernisse bei der postoperativen Nachsorge mittlerweile identifiziert, was zu einer geringeren Zufriedenheit mit den Operationsergebnissen und dementsprechend zu vermehrten Komplikationen führt. Kulturelle Unterschiede und Sprachbarrieren können erhebliche Auswirkungen auf die Erfahrungen der Patient:innen während der Rehabilitation haben¹⁰, sodass Patient:innen gerne an andere Kolleg:innen, die mit „derselben“ Kultur vertraut sind, weitergeleitet werden.

Sprache und Kommunikation stellen ein großes Hindernis für die Versorgung dar, da die Therapeuten:innen sich nicht sicher sein können, ob die Patient:innen die Anweisungen oder die Ziele der Therapien verstehen¹¹.

Den Morbus Bosphorus oder umgangssprachlich auch das „Mittelmeersyndrom“ sollte man nicht mit dem familiären Mittelmeerfieber verwechseln, bei der es sich um eine Erbkrankheit handelt. Die Betroffenen leiden in Abständen unter wiederkehrenden Fieberattacken, begleitend von starken Bauchschmerzen oder Brustschmerzen, sowie Gelenkschmerzen oder Hauterscheinungen. Da diese Erbkrankheit insbesondere im östlichen Mittelmeerraum gehäuft vorkommt und durch genetische Untersuchungen Mutationen im MEFV-Gen auf Chromosom 16 gesichert werden konnten, ist die „Herkunft“ der Erkrankung namensgebend, daher auch nicht rassistisch zu werten.¹² Der Morbus Bosphorus hingegen ist kein anerkannter medizinischer Begriff und wird folglich auch nicht im ICD-10-Kodierungssystem aufgelistet. Er scheint informell verwendet zu werden, um ein wahrgenommenes Phänomen der Mediziner:innen zu beschreiben, bei dem Personen aus dem Mittelmeerraum, z.B. aus Südwestasien und Nordafrika (SWANA Region), ihre körperlichen Beschwerden durch sprachliche Barrieren nicht hinreichend artikulieren können¹³ und folglich ihre Schmerzwahrnehmungen relativiert und heruntergespielt wird. Durch den Morbus Bosphorus werden die Beschwerden der Patient:innen mit einem rassistisch aufgeladenen Label versehen, welches in klarer Kontinuität zu kolonialen Denkmustern steht. Dieser abwertende Begriff des Morbus Bosphorus wird als vermeintliche Analyse verwendet welche in der Regel auf Biases der behandelnden Kräfte aus dem globalen Norden fußt, dass BIPOC Patient*innen beim Ausdruck ihrer Schmerzen zu vermeintlichen Übertreibungen neigen.

2. Was muss sich ändern?

Eine gute und ausführliche Anamnese ist für die richtige Diagnosestellung erforderlich und hilfreich, um zeitnah die notwendigen, therapeutischen und medikamentösen Maßnahmen einzuleiten, ohne viel Zeit zu verlieren. Daher erschweren Sprachbarrieren nicht nur die Anamnese, sondern stellen auch ein Hindernis für die entscheidende Therapieeinleitung dar. Für Gesundheitsdienstleister:innen ist es von entscheidender Bedeutung, eine effektive Kommunikation mit Patient*innen mit unterschiedlichen sprachlichen und kulturellen Hintergründen zu gewährleisten, um ihre Gesundheitsprobleme möglichst genau anzugehen.¹⁴ Des Weiteren sollten Mediziner:innen keine voreingenommene Haltung

¹⁰ Dogan et.al 2009

¹¹ Dressler et. al 2009

¹² Herold et al.: *Innere Medizin* 2020. Herold 2020, ISBN: 978-3-981-46609-6

¹³ Kalinka K. , 2024

¹⁴ <https://www.zm-online.de>

(Biases) gegenüber Menschen aus dem globalen Süden haben, indem sie diese Patientengruppen von vorne rein, aufgrund ihres Aussehen, ihrer Hautfarbe und ihrer Herkunft als „schwierige Fälle“ deklarieren, nur weil sie nicht sofort ihre körperlichen Beschwerden äußern können. Diese voreingenommene Haltung, die von Mediziner:innen ausgeht, kann beim Patient:innen ein gebrochenes Vertrauen auslösen und sollte daher unter jeden Umständen vermieden werden. Es ist daher bei Vorbereitungsseminaren in Entsendungsprogrammen wichtig Antibias Konzepte zu erlernen und auch an den (fach-)sprachlichen Fähigkeiten der entsprechenden Regionen zu arbeiten.

BIPOC Patient*innen haben Angst, dass ihnen ihre Probleme nicht zugesprochen werden und fühlen sich daraus resultierend nicht ernst genommen. Sie werden zu „Anderen“ konstruiert und zum „schweigen“ gebracht.¹⁵ Das Konzept des "Otherings" aus der postkolonialen Theorie beschreibt einen Prozess der Unterscheidung, bei dem ein imaginiertes "Wir" von den "Anderen" und "Fremden" abgegrenzt wird. Dabei wird das "Wir" als Norm und das "Andere" als Abweichung gesetzt, was zu Unterwerfung und Ausgrenzung führt. Insbesondere in der medizinischen Versorgung von Patient:innen im globalen Süden kann „Othering“ verschiedene Formen von Diskriminierung ineinandergreifen lassen. So schreiben Mediziner:innen, die ihre Ausbildung im globalen Norden erhielten, bestimmten Krankheitsbildern nur bestimmte Symptome/ Beschwerden zu und nehmen diese „weiße Norm“ als Richtlinie zur Orientierung. Aufgrund dieser Vorgehensweise sehen sich BIPOC Patient:innen im globalen Süden im Kontext medizinischer Entsendungsprogrammen benachteiligt.¹⁶ Die Konsequenz dieser Herangehensweise ist, dass den Betroffenen ihre Beschwerden aberkannt und „gesilenced“ werden.¹⁷

So konnten anhand der Studien von Johnson et al. (2004), M. A. Aikins et al. (2021) und Hamed et al. (2020) gezeigt werden, wie Vorurteile und Unterscheidungen zwischen "Wir" und "die Anderen" in der Gesundheitsversorgung zu Ungleichheiten führen. BIPOC Patient:innen werden oft als "Andere" konstruiert und betrachtet, was zu einer ständigen Herabsetzung und Ignoranz ihrer Erfahrungen führt. Dies trägt zur Normalisierung von rassistischem Verhalten des medizinischen Personals im globalen Norden bei. Betroffene berichten von mangelndem Respekt und fehlender Anerkennung als gleichwertige Gesprächspartner:innen.¹⁸ Das medizinische Personal kann aufgrund seines diskriminierenden Verhaltens Verzögerungen bei den Behandlungen verursachen. Diese diskriminierenden Erfahrungen können zu schwerwiegenden psychischen Belastungen und einem Vertrauensverlust in die Versorgungsstrukturen führen.

„Silencing“, führt bei rassifizierten Gruppen, ihre Kommunikation und somit die Vielfalt im Diskurs wie auch in der medizinischen Praxis zu mindern.¹⁹ Silencing kann im Feld der Medizin in zwei Formen unterschieden werden. Beim „Testimonial Queiting“ wird eine Person aufgrund von Vorurteilen und Stereotypen nicht als Wissend anerkannt. Beim „Testimonial Smothering“ hingegen bringen sich z.B. BIPOC Patient*innen aufgrund der vermeintlichen Ignoranz des Gegenübers sich selbst zum Schweigen, indem sie an vergangene Handlungen zurückdenken und sich daran erinnern, dass ihre Beschwerden weder ernst genommen wurden, noch ihnen zugehört wurde. Hierbei verkürzen oder vereinfachen die Betroffenen ihr Sprechen. Durch das Nichthören wird eine aktive Praxis des Nichtwissens oder auch Nichtwissen Wollens konstruiert, welche tief mit kolonialen Kontinuitäten

¹⁵ Said E.W. 1978

¹⁶ Ha, K.N. et al. 2007

¹⁷ Johnson et.al 2004

¹⁸ Gerlach et al. 2012

¹⁹ Dotson, K. 2011

verwurzelt ist²⁰. Beide Formen des Silencings können durch rassistische Mikroaggressionen also z.B. in medizinischen Kontexten ausgelöst werden.²¹

Doch nicht alle Patient:innen haben ausschließlich körperliche Beschwerden. Hinter somatischen Beschwerden können sich auch psychosomatische Ursachen verbergen. Die Psychosomatik beschäftigt sich mit der Wechselwirkung zwischen dem Geist (Psyche) und dem Körper (Somatik). Sie untersucht, inwiefern psychische Faktoren wie Emotionen, Gedanken, Überzeugungen oder Stress sich auf den körperlichen Gesundheitszustand auswirken können. Durch die Psychosomatik können Rückschlüsse von körperlichen Beschwerden, die durch psychische Einflüsse verursacht, verstärkt oder aufrechterhalten werden, gezogen werden.²² Umso wichtiger erscheinen rassismussensible, kulturelle Kompetenzen von zu entsendenden medizinischen Fachkräften, um eine qualitativ hochwertige, patientenorientierte Gesundheitsversorgung in Nord-Süd Kontexten zu gewährleisten.

3. Wie kann sich etwas ändern?

Kulturelle Kompetenz wird definiert als "die Fähigkeit von Einzelpersonen und Systemen, respektvoll und effektiv auf Menschen aller Kulturen, Klassen, ethnischen Hintergründe, sexuellen Orientierungen und Glaubensrichtungen oder Religionen in einer Weise zu reagieren, die den Wert von Einzelpersonen, Familien und Gemeinschaften anerkennt, bekräftigt und schätzt und die Würde jedes Einzelnen schützt und bewahrt".²³ Vor allem bei der medizinischen Versorgung von BIPOC Patient:innen im globalen Süden ist es erforderlich, die Bedürfnisse und die kulturellen Hintergründe dieser Patientengruppen angemessen zu berücksichtigen. Eine diskriminierungs- und rassismuskritische Sensibilität ermöglicht es den behandelnden Mediziner:innen Vertrauen zu Patient*innen aufzubauen und so eine individuell angepasste Behandlung zu gewährleisten.²⁴ Eine diskriminierungskritische und kultursensible Versorgung kann dazu beitragen, Ungleichheiten abzubauen und eine gerechte Gesundheitsversorgung für alle Bevölkerungsgruppen sicherzustellen.²⁵ Daher ist es wichtig, interkulturelle und rassismuskritische Kompetenzen zu stärken, um so den Bedürfnissen von BIPOC Patient:innen gerecht zu werden.²⁶

Hinsichtlich der rassistischen Vorurteile bestimmten Patient*innengruppen gegenüber, v.a. BIPOC im globalen Süden, sollten in der Medizin wichtige Veränderungen eingeleitet werden, die notwendig sind, um eine gerechtere Gesundheitsversorgung, insbesondere im globalen Süden, zu gewährleisten. Es ist entscheidend, Bewusstsein für die Existenz von strukturellem und individuellem Rassismus und kolonialen Kontinuitäten im Gesundheitswesen zu schaffen. Daher sollten Mediziner:innen aus dem globalen Norden kontinuierlich an Aus- und Fortbildungen im Bereich der interkulturellen und rassismuskritischen Kompetenz teilnehmen, um Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten bei der Behandlung von BIPOC Patienten:innen im globalen Süden zu beseitigen. Es ist wichtig, dass das medizinische Personal bei Entsendungsprogrammen für Rassismen (insbesondere

²⁰ Mills, W. 2008

²¹ Sue et al. 2007

²² Fava GA et.al 2010.

²³ <https://lehrbuch.psychologie.springer.com>

²⁴ <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>

²⁵ <https://www.integrationsbeauftragte.de>

²⁶ <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten>

zu Antischwarzen Rassismus) sensibilisiert wird, um eine diskriminierungs- und rassismuskritische Behandlung sicherzustellen.²⁷

Vor allem im Studium erlernen Medizinstudent*in die Praxis in Kategorien und Schubladen zu denken, um so Krankheitsursachen und -symptome schnell zu erkennen und einem Krankheitsbild zuzuordnen. Genau da sollten angehende Mediziner:innen beim Verlernen anknüpfen, um nicht antrainierte Verhaltensweisen, die Bezug nehmen, auf Vorurteile und Stereotype sich leiten zu lassen und folglich Patient:innen aufgrund menschlich angeborener Differenzmerkmale wie Hautfarbe, Herkunft oder Geschlecht ungleichwertig zu behandeln.

Insbesondere sollte angestrebt werden, dass die Diagnose- und Behandlungsmethoden bei BIPOC Patient:innen bedarfsgerecht angepasst wird. Es sollte zudem darauf geachtet werden, dass in der medizinischen Forschung neue Erkenntnisse nicht ausschließlich auf weiße cis-männliche Patienten ausgerichtet sind, sondern auch die Bedarfe von unterschiedlichen Patientengruppen berücksichtigt werden. Ein Beispiel dafür ist das Pulsoxymeter, das für die Messung der Sauerstoffsättigung benötigt wird. Anhand dieses Medizinproduktes kann ermittelt werden, ob das Blut der Patient*innen ausreichend mit Sauerstoff gesättigt ist. Insbesondere während der COVID-19 Pandemie wurde diese Gerät verstärkt eingesetzt, um möglichst schnell gefährliche Messwerte zu diagnostizieren. Durch Studien konnten festgestellt werden, dass die Hautpigmentierung (d.h. je mehr Melanin die Haut besitzt) die Genauigkeit von Pulsoxymetern beeinflussen kann. In jüngsten Studien wurde festgestellt, dass dieses Medizinprodukt Schwarze Menschen systematisch schlechter diagnostiziert. ²⁸ Das Paper von Mona Abd Alla im Projekt „Medizin für Alle?“ bietet hierzu vertiefende Einblicke.

Es ist wichtig Zusammenhänge zwischen physischen und psychischen Faktoren zu verstehen, um eine umfassende Behandlung für Patient*innen anzubieten. Damit Mediziner*innen aus dem globalen Norden, die Patient*innen aus dem globalen Süden bzw. aus der SWANA Region besser betreuen können, muss viel Zeit investiert und neue Ressourcen geschaffen werden, um diese Leerstellen zu schließen, damit die Betroffenen nicht sprachlichen Barrieren oder fehlenden kulturellen Kompetenzen ausgesetzt werden. Die Problemanalyse hat deutlich gezeigt, dass ihre Wurzeln strukturell, institutionell und zeithistorisch verortet sind. Folglich braucht es viel Zeit für einen strukturellen und institutionellen Wandel. Gleichsam kann jede einzelne Person einen Beitrag dazu leisten, sei es auch nur durch ein lebenslanges Verlernen der eigenen Biases bzw. das kritische Hinterfragen von informell genutzten vermeintlichen Diagnosebegriffen wie dem des Morbus Bosporus.

²⁷ <https://www.zeit.de/gesundheit>

²⁸ Al-Halawani, R. et.al 2023

Literaturverzeichnis

Aikins, Muna A.; Bremberger, Teresa; Aikins, Joshua K.; Gyamerah, Daniel und Yıldırım-Calıman, Deniz (2021): Afrozensus 2020. Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland. Berlin: Each One Teach One (EOTO) e. V.; Citizens For Europe (CFE) gUG.

Al-Halawani R, Charlton PH, Qassem M, Kyriacou PA. A review of the effect of skin pigmentation on pulse oximeter accuracy. *Physiol Meas*. 2023 Jun 1;44(5):05TR01. doi: 10.1088/1361-6579/acd51a. PMID: 37172609; PMCID: PMC10391744.

Anon., 2021. *Zeit.de*. [Online]

Available at: <https://www.zeit.de/gesundheits/2021-12/rassismus-gesundheitssystem-schwarze-menschen-arzt-muna-aikins>
[Zugriff am 25 02 2024].

Anon., Juni 2021. *Das Kultursensible Krankenhaus*. s.l.:Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration.

Anon., kein Datum *AAPC.com*. [Online]

Available at: <https://www.aapc.com/resources/what-is-icd-10>
[Zugriff am 14 02 2024].

Anon., kein Datum *bfarm.de*. [Online]

Available at: https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-WHO/_node.html
[Zugriff am 15 02 2024].

Anon., kein Datum *gesund.bund.de*. [Online]

Available at: <https://gesund.bund.de/icd-code-suche>
[Zugriff am 14 02 2023].

Anon., kein Datum *WIKIPEDIA.de*. [Online]

Available at: <https://de.wikipedia.org/wiki/ICD-10>
[Zugriff am 27 01 2024].

Borde, T., kein Datum *Gesundheitliche Chancengleichheit, Interkulturelle Öffnung in der Gesundheitsversorgung - was heißt das?*. [Online]

Available at: https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/fileadmin/user_upload/pdf/Koordinierungsstellen/Niedersachsen/Doku_IKOe.pdf
[Zugriff am 22 02 2024].

Christian Fichter, J. B. u. S. K., kein Datum *Lehrbuch Physiologie Springer*. [Online]

Available at: https://lehrbuch-psychologie.springer.com/sites/default/files/atoms/files/webexkurs_fichter_kulturelle_unterschiede_und_interkulturelle_kompetenz.pdf
[Zugriff am 20 02 2024].

Dressler D., Pils P. A qualitative study on cross-cultural communication in post-accident in-patient rehabilitation of migrant and ethnic minority patients in Austria. *Disabil Rehabil*. 2009;31:1181–1190.

Dogan H., Tschudin V., Hot İ., Özkan İ. Patients' transcultural needs and carers' ethical responses. *Nurs Ethics*. 2009;16:683–696.

Dotson, Kristie (2011): Tracking Epistemic Violence, Tracking Practices of Silencing. In: *Hypatia* 26 (2), S. 236–257. DOI: 10.1111/j.1527-2001.2011.01177.x.

Fava GA, Sonino N. Psychosomatic medicine. *Int J Clin Pract*. 2010 Jul;64(8):1155-61. doi: 10.1111/j.1742-1241.2009.02266.x. PMID: 20642714.

Gerlach, Heli; Abholz, Heinz-Harald; Koc, Güllü; Yılmaz, Mustafa und Becker, Nicole (2012): „Ich möchte als Migrant auch nicht anders behandelt werden“. Fokusgruppen zu Erfahrungen von

Patienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei. In: ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin 88 (2), S. 77–85.

Ha, Kien N.; al-Samarai, Nicola L. und Mysorka, Sheila (2007): Einleitung. In: Ha, Kien N.; al-Samarai, Nicola L. und Mysorekar, Sheila (Hg.): *re/visionen. Postkoloniale Perspektiven von People of Color auf Rassismus, Kulturpolitik und Widerstand in Deutschland*. Münster: Unrast, S. 9–23.

Hamed, Sarah; Thapar-Björkert, Suruchi; Bradby, Hannah und Ahlberg, Beth M. (2020): Racism in European health care: Structural violence and beyond. In: *Qualitative Health Research* 30 (11), S. 1662–1673. DOI: 10.1177/1049732320931430.

Herold, G., 2020. *Innere Medizin*. ISBN: 978-3-9814660-9-6 Hrsg. Köln: s.n.

Hoffman K.M., Trawalter S., Axt J.R., Oliver M.N. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2016;113:4296–4301.

Inga Haas, D. m. N. O., kein Datum *flexikon.doccheck.com*. [Online]
Available at: https://flexikon.doccheck.com/de/Spezial:Artikel_Autoren/ICD-Schl%C3%BCssel?page=1&limit=10
[Zugriff am 12 02 2024].

Johnson, Joy L.; Bottorff, Joan L.; Browne, Annette J.; Grewal, Sukhdev; Hilton, B. A. und Clarke, Heather (2004): Othering and being othered in the context of health care services. In: *Health Communication* 16 (2), S. 255–271. DOI: 10.1207/S15327027HC1602_7.

Kajikhina, K., 2021. Rassismus in der Gesundheitskommunikation – Herausforderungen in Forschung und Praxis. *impu!se*, März, pp. 7-8.

Klein, F., 2015. *Aerztezeitung*. [Online]
Available at: <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Morbus-Bosporus-ist-ein-Vorurteil-246216.html>
[Zugriff am 17 01 2024].

Köln, K.-H.-K. i., 2020. *zm-online*. [Online]
Available at: <https://www.zm-online.de/news/detail/so-schwer-haben-es-patienten-mit-morbus-bosporus>
[Zugriff am 10 02 2024].

mim, 2023. *Ärzteblatt*. [Online]
Available at: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/147154/Rassismus-und-Diskriminierung-im-Gesundheitssystem-keine-Seltenheit>
[Zugriff am 25 02 2024].

Mills, Charles W. (2008): White Ignorance. In: Sullivan, Shannon und Tuana, Nancy (Hg.): *Race and epistemologies of ignorance*. SUNY series, philosophy and race. Charlesbourg, Quebec: Braille Jymico Inc, S. 11–38.

Mitchell J. Yelton, B. ,. T. R. J., kein Datum Cultural Competence and the Postoperative Experience: Pain Control and Rehabilitation. *National Library of Medicine*, Issue 2023 May 23.

Said, Edward W. (1978): *Orientalism*. 1. Auflage. London: Routledge and Kegan Paul

Sue, Derald W.; Capodilupo, Christina M.; Torino, Gina C.; Bucceri, Jennifer M.; Holder, Aisha M. B.; Nadal, Kevin L. und Esquilin, Marta (2007): Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. In: *The American psychologist* 62 (4), S. 271–286. DOI: 10.1037/0003-066X.62.4.271.

Waytz A., Hoffman K.M., Trawalter S. A superhumanization bias in whites' perceptions of Blacks. *Social Psychol Pers Sci*. 2015;6:352–359.

Yelton MJ, Jildeh TR. Cultural Competence and the Postoperative Experience: Pain Control and Rehabilitation. *Arthrosc Sports Med Rehabil*. 2023 May 23;5(4):100733. doi: 10.1016/j.asmr.2023.04.016. PMID: 37645397; PMCID: PMC10461144