

**MNG Rämibühl
Rämistrasse 58**

8001 Zürich

Abgabedatum: 05.01.2026

Maturaarbeit im Fach Deutsch

**Rassismus in der Medizin:
Eine Kolumnensammlung**



Hafsa Tageldin

Betreut von: Frau A. Schmidt

Abstract

Rassismus im Gesundheitswesen ist kein Thema der Vergangenheit, sondern eine lebensbedrohliche Realität, die oft im Verborgenen bleibt. Diese Arbeit bricht das Schweigen über ein System, das von der Kolonialmedizin bis in heutige Behandlungszimmer reicht. Durch die Verbindung von persönlichen, emotionalen Kolumnen und harten medizinhistorischen Fakten wird deutlich: Diskriminierung ist hier kein „Versehen“, sondern das Ergebnis tief verwurzelter Strukturen. Die Analyse zeigt, dass sich rassistische Gewalt in der Medizin selten durch den einen grossen Skandal offenbart. Sie zeigt sich vielmehr in hunderten kleinen, oft unbewussten Entscheidungen, die gemeinsam ein gefährliches Muster ergeben – von ignorierten Schmerzen bis hin zu falschen Diagnosen aufgrund pseudowissenschaftlicher Mythen. Diese Arbeit liefert nicht nur eine Bestandsaufnahme des Schmerzes, sondern fordert konkrete Konsequenzen: Eine Reform der medizinischen Lehre, den Abbau von Sprachbarrieren und eine Politik, die Menschenleben über Lobbyismus stellt. Mein Ziel ist es, Bewusstsein dort zu schaffen, wo weggeschaut wird, und zu zeigen, dass ein gerechtes Gesundheitssystem erst dort beginnt, wo jedes Leben mit derselben Würde und Sorgfalt behandelt wird.

Inhaltsverzeichnis

Abstract	3
1. Vorwort	6
2. Einleitung	7
2.1 Zielsetzung	7
2.2 Themenwahl	8
2.3 Methodik	9
3. Rassismus im Alltag und in der Gesellschaft	10
3.1 Begriffsdefinitionen	10
3.2 Gesellschaftlicher Kontext	12
3.3 Zugang zu medizinischer Versorgung	13
3.4 Folgen systematischer Ungleichheit	13
4. Historischer Hintergrund	15
4.1 Kolonialmedizin und pseudowissenschaftliche Rassentheorien	15
4.1.1 Kolonialmedizin als Teil imperialer Machtstrukturen	15
4.1.2 Pseudowissenschaftliche Rassentheorien	16
4.2 Langfristige Folgen	16
5. Rassismus in der heutigen Medizin	18
5.1 Bias in Forschung, Lehrmaterialien und Algorithmen	18
5.2 Vorurteile im Klinikalltag	19
5.3 Diagnose- und Behandlungsunterschiede	19
5.4 Erfahrungsberichte von Betroffenen	20
5.5 Ansätze für Veränderung	22
6. Textsorte	24
6.1 Theorie zur Textform der Kolumne	24
6.2 Eignung der Kolumne	24
6.3 Organisation und Schreibprozess	25
7. Blog	27
7.1 Aufbau des Substack-Blogs	27
7.2 Analyse des Blogs	28
8. Reflektion	29
9. Schlusswort	30

10. Literaturverzeichnis	31
11. Abbildungsverzeichnis.....	34
12. Anhang	35
12.1 Woke Nonsense?!	35
12.2 Ein System hinter der Höflichkeit	37
12.3 Weisse Norm, schwarze Ausnahme	39
12.4 Wenn Geld die Stimme hat.....	41
12.5 Aktenlage oder Einzelfall?	43
12.6 Der Marktwert des Schmerzens	45
12.7 Ungleiche Chancen, ungleiche Heilung.....	47
12.8 Das Erbe der Kolonialmedizin.....	49
12.9 Zwischen Vertrauen und Misstrauen	51
12.10 Die Anatomie der Worte	53
12.11 Vom Schweigen zum Sprechen	55
12.12 Eine letzte Kolumne.....	57
Eigenständigkeitserklärung	58

1. Vorwort

Zu Beginn dieser Arbeit würde ich mich gerne bei meinem Vater bedanken, der eine grosse Inspiration für mein Thema war, und eines meiner grössten Vorbilder ist. Du bist die stärkste Person, die ich kenne, und ich bin dir unglaublich dankbar für deine Hilfe bei dieser Arbeit.

Ein weiterer Dank geht an meine Betreuungsperson, Ariane Schmidt, die mich in diesem langen Prozess unterstützt hat, und mir eine grosse Hilfe geboten hat, um meine Kolumnen besser zu gestalten. Ich bedanke mich bei Iris Ritzmann für die Teilnahme an einem Interview, bei dem ich so unglaublich viel lernen durfte.

2. Einleitung

Mein Vater, der Arzt ist, war vollkommen überrascht von meiner Themenwahl. „Kann man überhaupt eine komplette Arbeit darüberschreiben?“, fragte er mich andauernd. „Ich frage mich ehrlich, ob wir da nicht etwas hineininterpretieren“, sagte er. „Medizin sollte doch objektiv sein.“ Aber nach einigen Argumentationen meinerseits konnten wir auf einen gemeinsamen Nenner gelangen, dem wir grundsätzlich zustimmen konnten. Rassismus in der Medizin ist kein Randphänomen, sondern ein tief verwurzelt strukturelles Problem. Eines, das den Klinikalltag ebenso prägt wie die Forschung und die Ausbildung medizinischer Fachkräfte. Betroffene erleben, dass ihre Symptome weniger ernst genommen werden, ihre Schmerzen relativiert werden oder man ihnen stillschweigend bestimmte Verhaltensweisen zuschreibt. Und während diese Erfahrungen real und belastend sind, bleiben sie gesellschaftlich oft unsichtbar, sowohl für die Betroffenen als auch für Aussenstehende.

Ich habe meinen Vater zunächst nicht verstehen können, wie ausgerechnet er als Arzt meine Themenwahl so sehr hinterfragt hat. „Für mich wirkt eben vieles nicht rassistisch“, sagte er nachdenklich. „Aber vielleicht hast du recht.“

Mit meinen Kolumnen möchte ich genau diese Unsichtbarkeit durchbrechen. Ich erzähle Geschichten, die sonst untergehen würden, stelle unangenehme Fragen und zeige auf, wo unser System blinde Flecken hat und warum sie gefährlich sind. Dabei verknüpfe ich persönliche Perspektiven mit wissenschaftlichen Fakten und gesellschaftspolitischen Beobachtungen.

Denn am Ende geht es um mehr als medizinische Versorgung: Es geht um Gerechtigkeit, Vertrauen und die grundlegende Frage, wie ein Gesundheitssystem aussehen muss, das wirklich allen Menschen dient.

Diese Arbeit versteht sich als Einladung zum Hinschauen, Zuhören und als Anstoss für ein Gespräch, das längst überfällig ist.

2.1 Zielsetzung

Ziel dieser Maturaarbeit ist es, Rassismus im medizinischen Kontext aus unterschiedlichen Perspektiven sichtbar zu machen und für ein Thema zu sensibilisieren, das im öffentlichen Diskurs wie auch im medizinischen Alltag häufig übersehen wird. Im Zentrum der Arbeit

stehen mehrere journalistische und persönliche Kolumnen, die sich mit rassistischen Strukturen in der Medizin befassen, darunter Aspekte wie medizinische Ausbildung, Forschung, Lobbyarbeit, gesellschaftliche Reaktionen sowie der historische Hintergrund der Kolonialmedizin.

Die Kolumnen bringen bewusst eine persönliche Haltung zum Ausdruck und sollen Leser:innen emotional ansprechen, zum Nachdenken anregen und bestehende Annahmen hinterfragen. Die begleitende schriftliche Arbeit ergänzt dieses Produkt, indem sie theoretische Grundlagen liefert, zentrale Begriffe erklärt und wissenschaftliche Studien sowie historische und gesellschaftspolitische Zusammenhänge einordnet. Auf diese Weise soll den Leser:innen ein fundiertes Verständnis für die Entstehung, Wirkungsweisen und Konsequenzen von Rassismus in der Medizin vermittelt werden. Die Arbeit verfolgt einen aufklärenden Anspruch und richtet sich ausdrücklich auch an Personen, die bislang wenig oder keine Berührung mit dem Thema hatten.

2.2 Themenwahl

Politik und gesellschaftliche Chancengleichheit liegen mir sehr am Herzen, und ich habe überlegt, welche Themen diese Bereiche berühren. Schliesslich bin ich auf Rassismus in der Medizin gestossen, ein Thema, das mich persönlich und gesellschaftlich gleichermassen interessiert. Mein Vater, der als Arzt arbeitet und selbst schwarz ist, hat mir von seinen Erfahrungen erzählt, und auch ich habe als schwarzes und muslimisch geprägtes Mädchen alltägliche Diskriminierung erlebt. Diese persönlichen Perspektiven haben mein Interesse geweckt: Wie wirkt Rassismus in einer der zentralen Institutionen unserer Gesellschaft, die über Leben und Tod entscheidet?

Die Relevanz des Themas wurde mir besonders bewusst, als ich merkte, dass viele meiner Mitschüler:innen Rassismus in der Medizin für etwas aus der Vergangenheit halten. Ich möchte zeigen, dass er auch heute noch existiert und reale Auswirkungen auf Patient:innen und das Gesundheitssystem hat. Als Produkt meiner Arbeit habe ich mich entschieden, Kolumnen zu schreiben, weil ich gerne schreibe und Menschen mit Geschichten emotional erreichen möchte. Diese Kolumnen sollen auf lebendige Weise die Unsichtbarkeit rassistischer Strukturen aufzeigen.

2.3 Methodik

Für die Untersuchung des Themas wurde eine Kombination aus Interviews, Fachliteratur, wissenschaftlichen Studien und persönlicher Erfahrungen aus Foren und sozialen Medien verwendet, um unterschiedliche Perspektiven auf Rassismus in der Medizin abzubilden. Es wurden Interviews mit Frau Iris Ritzmann, einer Medizinhistorikerin, geführt, um historische Entwicklungen und strukturelle Zusammenhänge zu beleuchten und zu verstehen, sowie mit Dr. Adam Tageldin, einem selbstständigen Kardiologen und Internisten, um praxisnahe Erfahrungen einzubeziehen. Online-Foren und soziale Medien spielen auch eine zentrale Rolle, aufgrund ihrer Aktualität. Opfer des Rassismus in der Medizin, aber auch Medizinstudent:innen veröffentlichen dort persönliche Erfahrungen, die in diese Arbeit betrachtet wurden. Zusätzlich wurden aktuelle Fachliteratur und wissenschaftliche Studien herangezogen, um zentrale Begriffe, Forschungsergebnisse und gesellschaftspolitische Zusammenhänge fundierter darzustellen. Die Auswahl der Quellen erfolgte gezielt, um sowohl historische als auch aktuelle Perspektiven abzudecken und die Praxisrelevanz des Themas zu verdeutlichen.

3. Rassismus im Alltag und in der Gesellschaft

Rassismus ist längst kein Thema, das sich nur in Geschichtsbüchern bei den Kapiteln der Sklaverei in den USA oder dem Holocaust gegen die Juden finden lässt. Es ist ein reales und gegenwärtiges Problem, das sich in anderen Formen zeigt. Manchmal subtil, manchmal offen und verletzend. Die Fachstelle für Rassismusbekämpfung des Bundes hat Daten erfasst, die unmissverständlich darauf deuten, dass rassistische Diskriminierung zugenommen hat und die Dunkelziffer höher sein soll.¹

3.1 Begriffsdefinitionen

Online Diskurse und polarisierende Gespräche zum Thema Rassismus nutzen oftmals Begrifflichkeiten und Bezeichnungen in verschiedenen Kontexten, die zu Verwechslungen und Verwirrung führen. Deshalb ist es wichtig, dass einige Definitionen schon zu Beginn dieser Arbeit erläutert werden.

Das Wort **Rassismus** wird genutzt, um die Einteilung von Menschen aufgrund zugeschriebener äusserer Merkmale wie Hautfarbe, Herkunft oder kultureller Zugehörigkeit zu beschreiben. Dieser Begriff geht davon aus, dass eine bestimmte Gruppe „natürlicherweise“ überlegen oder übergestellt ist und die andere hingegen weniger wert sein soll.² Rassismus kann seine Wirkung auf mehreren Ebenen zeigen: Individuell, also durch Vorurteile oder diskriminierendes Verhalten von einer anderen Person, institutionell durch ungleiche Behandlung durch Behörden, Bildung oder Justiz und schliesslich auch strukturell, was durch historisch gewachsene Machtverhältnisse entsteht.³ Rassismus ist also nicht nur eine persönliche Empfindung, sondern ein gesellschaftliches System, das soziale Chancen und Lebensqualität beeinflussen kann, wie auch in der Medizin.

Diskriminierung wird häufig mit Rassismus verwechselt. Diskriminierung beschreibt die konkrete Benachteiligung, Abwertung und schlechtere Behandlung einer Person genau aufgrund unterschiedlicher Merkmale wie Hautfarbe, Geschlecht, Religion, Herkunft, sozialem Status und vielem mehr. Der Akt der ungleichen Behandlung per se ist die

¹ vgl.: Fachstelle für Rassismusbekämpfung FRB: Wie häufig wird diskriminiert?, <https://www.frb.admin.ch/de/wie-haeufig-wird-diskriminiert> [1.12.2025].

² vgl.: Bundeszentrale für politische Bildung: Rassismus, <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/lexikon-in-einfacher-sprache/> [20.11.2025].

³ vgl.: Wikipedia: Rassismus, <https://de.wikipedia.org/wiki/Rassismus> [20.11.2025].

Diskriminierung. Während Rassismus also ein ideologisches System darstellt, ist die Diskriminierung die praktische Folge dessen.⁴

Der historische **Rassenbegriff** basiert auf der Annahme, dass Menschen biologisch in klar voneinander getrennten „Menschenrassen“ unterteilt werden können.⁵ Diese Einteilung erfolgte vor allem im 19. und frühen 20. Jahrhundert während Forschungen in Kolonialgebieten, was Machtverhältnisse zwischen Kolonialisten und unterdrücktem Volk rechtfertigte.⁶ Obwohl diese Einteilung so weit zurück in der Vergangenheit liegt, zeigen sich diese Ideen bis heute in diversen Gebieten, aber auch in der Sprache und Kultur in den Vereinigten Staaten, wo „Rasse“ (engl. „race“) ein normal genutztes Wort ist, um Menschen zu beschreiben. Aus wissenschaftlicher Perspektive gilt der Rassenbegriff als nicht haltbar.⁷ Trotz der Widerlegung wirkt er aber sozial weiter gesellschaftliche Kategorie, die Menschen trennt, bewertet und Hierarchien festschreibt.

Als **rassifizierte Person** wird ein Mensch bezeichnet, der in seinem Alltag Erfahrung mit Rassismus macht.⁸

Medizinischer Rassismus beschreibt die Formen rassistischer Ungleichbehandlung, die im Gesundheitssystem, in der medizinischen Forschung, Diagnostik, Therapie und in der Ausbildung von Gesundheitsberufen auftreten. Medizinischer Rassismus kann bewusst auftreten oder auch strukturell und unbewusst, etwa durch stereotype Annahmen, fehlende Sensibilität oder dadurch, dass man weiterhin an historischen Forschungstraditionen hängt, in denen es eine Norm gibt, die eine bestimmte Hautfarbe hat. Folgen von medizinischem Rassismus können enorm und fatal sein und reichen von messbaren gesundheitlichen Ungleichheiten bis hin zu Fehldiagnosen, die einem die Lebensqualität kosten.⁹

Der Begriff **PoC** (auch People of Color oder Menschen of Color) wird genutzt, um eine Gruppe von Personen zu bezeichnen, die Rassismuserfahrungen erleben aufgrund von

⁴ vgl.: Bundesamt für Statistik: Diskriminierungserfahrung, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/zusammenlebensschweiz/diskriminierung.html> [3.12.2025].

⁵ vgl.: Wikipedia: Rassentheorie, <https://de.wikipedia.org/wiki/Rassentheorie> [20.11.2025].

⁶ vgl.: Rechsteiner, Karl Johannes: Wie Kolonialismus und Rassismus zusammenspielen, <https://www.ekr.admin.ch/d416.html> [3.12.2025]

⁷ vgl.: Mahon, Pascal: Soll der Begriff „Rasse“ aus dem Schweizer Recht verbannt werden?, <https://www.ekr.admin.ch/d585.html> [3.12.2025].

⁸ vgl.: Amnesty International (2021): Glossar der wichtigsten Begriffe bei Amnesty International, Schweizer Sektion, <https://www.amnesty.ch/de/ueber-amnesty/inklusive-sprache/glossar> [20.12.2025]

⁹ vgl.: Hoberman, John (2012): Black and Blue – The Origins and Consequences of Medical Racism. Los Angeles/Berkeley: University of California Press. S. 11

Herkunft und Hautfarbe. Der Begriff hat aber eine emanzipierende Bedeutung für Betroffene und steht im Gegensatz zu beleidigenden Fremdbezeichnungen.¹⁰

Auch bei der Bezeichnung „**schwarze** Menschen“ handelt es sich um eine Selbstbezeichnung, um sich von degradierenden Worten abzugrenzen. Dabei ist es wichtig anzumerken, dass es sich „schwarz“ dabei nicht um die physische Eigenschaft handelt, sondern der sozialen Kategorisierung und der mit einhergehenden Rassismuserfahrungen.¹¹

Migrant:innen sind Personen, die im Ausland geboren wurden, in ein Land einwandern und schliesslich dort leben. Bei dem Aufenthalt geht es nicht um einen bestimmten Zeitraum, kann also sowohl dauerhaft oder nur temporär sein.¹²

3.2 Gesellschaftlicher Kontext

Rassismus ist selten ein isoliertes Phänomen einzelner Personen. Vielmehr ist er tief in gesellschaftliche Strukturen integriert. Sprachliche Codes, Medienbilder, Bildungs- und Arbeitsmarktchancen, Wohnverhältnisse oder rechtliche Rahmenbedingungen prägen, wer privilegierten Zugang zu Ressourcen hat und wer systematisch benachteiligt wird. In vielen Gesellschaften bestehen Erwartungen darüber, wer zur Mehrheit gehört und wer „anders“ ist. Diese Zuschreibungen beeinflussen Wahrnehmung, Erwartungen und damit auch gesellschaftliche Teilhabe. Solche Muster reproduzieren sich nicht nur auf individueller Ebene, sondern institutionell und strukturell: Wenn Institutionen, Behörden oder Organisationen auf Basis ethnischer Zuschreibungen agieren, bewusst oder unbewusst, manifestiert sich Rassismus als Teil des Systems. Dadurch erleben bestimmte Gruppen wiederholt Benachteiligung, nicht weil Einzelne so handeln, sondern weil die Strukturen sie kontinuierlich benachteiligen. Im Kontext des Gesundheitswesens bedeutet das, dass Ärzt:innen und Institutionen nicht isolierte Akteure sind, sondern im Rahmen gesellschaftlicher Normen und historischer Machtverhältnisse handeln. Damit kann

¹⁰vgl.: Amnesty International: Glossar für diskriminierungssensible Sprache, <https://www.amnesty.de/glossar-fuer-diskriminierungssensible-sprache> [20.12.2025]

¹¹vgl.: Amnesty International: Glossar für diskriminierungssensible Sprache, <https://www.amnesty.de/glossar-fuer-diskriminierungssensible-sprache> [21.12.2025]

¹²vgl.: European Migration Network (EMN) (2025): EMN Asylum and Migration Glossary, https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary_en [20.12.2025]

Rassismus indirekt in Behandlungs- und Versorgungsprozesse übergehen, etwa durch Verzerrungen im Zugang zu Leistungen.¹³

3.3 Zugang zu medizinischer Versorgung

Während medizinische Versorgung formal als allgemeines Grundrecht gilt, zeigt die Forschung, dass dieser Zugang in der Praxis stark durch soziale und strukturelle Faktoren beeinflusst wird, insbesondere durch systematische Ungleichheiten, die mit Rassismus einhergehen. Laut aktuellen Übersichtsarbeiten und Studien erhalten rassifizierte und ethnische Minderheitengruppen oft schlechteren Zugang zu Gesundheitsleistungen. Sie stossen häufiger auf Barrieren wie Sprachprobleme, fehlende Aufklärung oder institutionelle Hürden, wie zum Beispiel komplizierte Abläufe in der Bürokratie oder fehlende Dolmetschangebote. In der Schweiz ist eine dieser Hürden finanziell begründet: 2.5% der Schweizer Wohnbevölkerung gaben 2023 an, aus finanziellen Gründen auf zahnärztliche Leistungen verzichtet zu haben; bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund waren es 7.4%.¹⁴

Hinzu kommen kulturelle und soziale Dimensionen: Wenn medizinisches Personal nicht auf Diversität und kulturelle Unterschiede sensibilisiert ist, kommt es leicht zu Missverständnissen oder voreiligen Einschätzungen: Etwa, wenn Beschwerden nicht ernst genommen werden oder Symptome falsch interpretiert werden.¹⁵

3.4 Folgen systematischer Ungleichheit

Der Nationale Diskriminierungs- & Rassismusmonitor (NaDiRa) in Deutschland hat eine Studie mit verschiedenen Fragestellungen hinsichtlich der Diskriminierungserfahrungen im

¹³ vgl.: Vega, Gina (2022): Strukturellen Rassismus sichtbar machen, <https://www.humanrights.ch/de/fachstellen/fachstelle-diskriminierung-rassismus/struktureller-rassismus-beratungsarbeit> [30.11.2025].

¹⁴vgl.: Bundesamt für Statistik: Verzicht auf zahnärztliche Leistungen, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren/gesundheit/verzicht-leistungen.html> [30.11.2025].

¹⁵ vgl.: Schweizerische Patientenorganisation (SPO) (21.08.2023): Wenn Beschwerden nicht ernst genommen werden, <https://www.spo.ch/aktuelles/medical-gaslighting> [23.11.2025]

Gesundheitssystem durchgeführt.¹⁶ Eine dieser Fragestellungen lautete „Diskriminierung und Rassismus gehen über die unmittelbaren Folgen für die Betroffene hinaus und können mittelbar auch der Gesamtgesellschaft schaden.“ Über repräsentative Daten wurden so persönliche Erfahrungsberichte aufgenommen und auf zusammengefasst. Die Befragten waren Personen mit Migrationshintergrund aus dem afrikanischen Raum, muslimischen Ländern, sowie Personen aus dem ost- und südasiatischen Raum.

Der erste Hinweis auf Folgen aufgrund von Diskriminierung und Rassismus zeigt sich in der mentalen Gesundheit. Es zeigt sich eine klare Korrelation zwischen Anzahl an Diskriminierungserfahrungen und Angststörung und depressiven Symptomen. Auch wird die Suche nach einer psychotherapeutischen Behandlung bei rassistisch markierten Personen eher aufgegeben:

„Jede dritte rassistisch markierte Person hat bereits aufgegeben, sich um einen psychotherapeutischen Termin zu bemühen. Bei Menschen, die nicht von Rassismus betroffen sind, ist es knapp jede fünfte Person. Unter den Personen, die häufig Diskriminierung im Gesundheitswesen erleben, fällt dieser Effekt besonders stark aus: Unter Schwarzen, muslimischen und asiatischen Menschen gibt mehr als die Hälfte an, dass sie ihre Suche nach einem Therapieplatz aufgegeben hat. Die allgemeine Unterversorgung im psychotherapeutischen Behandlungsangebot trifft somit rassistisch markierte Personen besonders stark.“

Ausserdem sieht man anhand der empirischen Befunde, dass die eigene Gesundheitswahrnehmung sich mit mehr negativen Erfahrungen verschlechtert. Eine schlechtere Gesundheitswahrnehmung manifestiert sich dann folglich in weniger Arztbesuchen und geringerer Gesundheitsqualität.

Und schliesslich kann es durch das Abstempeln von Patient:innen als Randphänomen und dadurch, dass Beschwerden und Schmerzen nicht ernst genommen werden zu Fehldiagnosen kommt. Das rassistische Stereotyp der Schmerzüberempfindlichkeit führt dazu, dass rassifizierte Personen unterstellt wird, dass sie übertreiben und ihre Schmerzen somit nicht ernstgenommen werden.

¹⁶ vgl.: Nationaler Diskriminierungs- & Rassismusmonitor (NaDiRa) (07.11.2023): Rassismus und seine Symptome, https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/2023-11-07_NaDiRa-2023_Pressematerialien.pdf [17.12.2025].

4. Historischer Hintergrund

Um zu verstehen, warum Menschen heute im Behandlungszimmer aufgrund ihres Aussehens und ihrer Sprache diskriminiert werden, reicht ein Blick auf das aktuelle Zeitgeschehen nicht aus. Wir müssen die historischen Wurzeln der Medizin untersuchen. Erst die Auseinandersetzung mit der Kolonialmedizin und den pseudowissenschaftlichen Rassentheorien des 19. Jahrhunderts macht deutlich, dass Diskriminierung kein Nebenprodukt der Medizin ist, sondern tief in ihrer Entstehungsgeschichte verankert wurde. Der historische Hintergrund dient somit als Schlüssel, um heutige Machtstrukturen zu demaskieren und den Weg für echte Lösungen zu ebnen.

4.1 Kolonialmedizin und pseudowissenschaftliche Rassentheorien

4.1.1 Kolonialmedizin als Teil imperialer Machtstrukturen

Während der Erweiterung von Kolonialgebieten Europas vergrößerte sich auch das Interesse in Tropenmedizin. Die Tropenmedizin beschäftigt sich mit Krankheiten, die in tropischen und subtropischen Gebieten auftauchen. Der berühmte Forscher Robert Koch, nachdem das Robert-Koch-Institut (RKI) benannt wurde, forschte unter anderem auch an der Krankheit Malaria. Aber genau diese Krankheit wird die kolonialpolitischen Interessen und die rassistische Geschichte der Kolonialmedizin aufdecken. Das Besiegen der Krankheit Malaria würde letztendlich zeigen, ob der Besitz von Gebieten in Afrika sich überhaupt lohnen würde. So sagte Robert Koch, dass die Kontrolle über Malaria die friedliche Eroberung der Kolonialgebiete bedeutet. Die koloniale Medizin war also nicht nur Gesundheitsfürsorge und zur Hilfe, sondern diente der Kontrolle über die kolonialisierte Region und legitimierte die Hierarchisierung.¹⁷

Aber es ist auch wichtig anzumerken, dass dieses überlegene Denken nicht sehr weit in der Vergangenheit liegt. Noch im 20. Jahrhundert gab es Doktorant:innen, die in afrikanischen Ländern experimentelle Forschungen an Einheimische durchgeführt haben. Ein Beispiel ist das Brechen der Symphyse, einem Knochen, der die Hüftbecken verbindet, bei der Geburt. Das wurde bei den afrikanischen Frauen versucht, die keinen Zugang zu medizinischen Instrumenten hatten, um einen Kaiserschnitt durchzuführen. Die Frauen haben davon

¹⁷vgl.: Kritische Medizin München: Eine Geschichte der Tropenmedizin, <https://kritischemedizinmuenchen.de/eine-geschichte-der-tropenmedizin/> [18.12.2025].

lebenslange Folgen getragen. Sie konnten nicht mehr normal sitzen und der Geschlechtsverkehr ist ihnen auch nur unter starken Schmerzen möglich gewesen. Dieses Beispiel zeigt die klaren Machtverhältnisse zwischen den Schweizer Ärzt:innen und den afrikanischen Einheimischen.¹⁸

4.1.2 Pseudowissenschaftliche Rassentheorien

Als Vater des „wissenschaftlichen“ Rassismus wird ein sehr respektabler Wissenschaftler namens Samuel Morton gezählt, der Menschen anhand der Grösse ihrer Schädel in fünf unterschiedliche „Rassen“ eingeteilt hat und diesen „Rassen“ auch spezifische Eigenschaften zuschrieb. Daraus liess sich schliessen, dass die Weissen oder „Kaukasier“ über alle anderen Gruppierungen stehen und die „intelligentesten“ seien. Diese Hierarchisierung verschiedener Menschen wurde mit der Wissenschaft legitimiert. Mit heutigem Wissensstand und der aktuellen Genetikforschung kann diese Rassentheorie Mortons widerlegt werden. Das Konzept der „Rasse“ wurde mithilfe der DNA-Sequenzierung entkräftigt. Es gibt keinen Hinweis darauf, dass es unveränderliche Eigenschaften gibt, die unter den „Rassen“ vererbt werden, sowie Morton dachte.¹⁹ Aber der Fakt, dass diese Einteilung in „Menschenrassen“ nicht ein biologisches, sondern ein soziales Konstrukt ist, zeigt sich daran, dass sich immer noch Spuren von Mortons Eigenschaftsbeschreibungen in der heutigen Medizin im Alltagsrassismus finden lassen. Diese äussern sich beispielsweise in falschen Annahmen über schwarze Menschen. Eine davon ist, dass sie ein vermeintlich höheres Schmerzempfinden und eine „dickere“ Haut hätten.²⁰ Das verdeutlicht, dass die pseudowissenschaftlichen Theorien der Vergangenheit keine abgeschlossenen Akten sind, sondern das Denken über den menschlichen Körper noch stark beeinflussen.

4.2 Langfristige Folgen

Die Verbindung zwischen der Kolonialmedizin und der heutigen medizinischen Praxis ist kein Zufall. Die langfristigen Folgen lassen sich in zentrale Bereiche zusammenfassen.

¹⁸ Ritzmann, Iris (27.10.2025), ehemalige Titularprofessorin UZH. Interview.

¹⁹ vgl.: Kolbert, Elizabeth (06.07.2020): Warum menschliche „Rassen“ ein erfundenes Konstrukt sind, <https://nationalgeographic.de/wissenschaft/2020/07/warum-menschliche-rassen-ein-erfundenes-konstrukt-sind/> [24.07.2025].

²⁰ vgl.: K.M. Hoffman, S. Trawalter, J.R. Axt und M.N. Oliver (2016): Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites, <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.1516047113> [24.07.2025].

Wenn Ärzte heute Schmerzensschrei abtun oder die Kommunikation verweigern, ist das eine direkte Folge der historischen Entmenschlichung. Über Jahrhunderte hinweg wurde aufgrund von Mortons Theorien behauptet, dass nicht-weiße Körper „anders“ und „unempfindlicher“ seien, womit die subjektive Wahrnehmung von Patient:innen abgewertet werden. Dieses Phänomen wird als „Medical Gaslighting“ bezeichnet, wobei Patient:innen ihre eigene Realität abgesprochen wird.²¹

Die koloniale Überzeugung, dass Medizin ein Werkzeug zur Zementierung der Hierarchisierung sei, spiegelt sich in der Arroganz wider mit der Sprachbarrieren oder religiöse Symbole (auch in später aufgezeigten Beispielen) behandelt werden. Wenn ein:e Ärzt:in die Behandlung verweigert, wird diese Tradition der Hierarchisierung fortgesetzt. Diese:r präsentiert sich nicht als Dienstleister für die Gesundheit, sondern als moralische Instanz, die entscheidet, wer eine Behandlung „verdient“.

Die pseudowissenschaftlichen Theorien von Morton und die Herrschaftsmedizin von Koch haben ein Fundament geschaffen, auf dem rassistische Vorurteile bis heute als „medizinisches Bauchgefühl“ getarnt werden. Ohne eine aktive Dekolonisierung der Medizin, also das bewusste Verlernen dieser alten Muster, bleibt das Gesundheitssystem für rassifizierte Gruppen ein Ort der Gefahr statt der Heilung.

²¹ vgl.: Schweizerische Patientenorganisation (SPO) (21.08.2023): Wenn Beschwerden nicht ernst genommen werden, <https://www.spo.ch/aktuelles/medical-gaslighting> [23.11.2025]

5. Rassismus in der heutigen Medizin

5.1 Bias in Forschung, Lehrmaterialien und Algorithmen

Rassismus in der Medizin manifestiert sich nicht nur in der Versorgung; auch Forschung, Lehre und medizinische Standards sind häufig nicht neutral. Die Wurzel des Problems liegt nicht nur am Krankenbett, sondern auch im System, das Ärzt:innen ausbildet. Jahrzehntlang war die medizinische Forschung westlich orientiert und damit überwiegend weiss. In klinischen Studien waren People of Color unterrepräsentiert. Das führte dazu, dass Medikamente, Dosierungen und Risikoabschätzungen lange auf Körper zugeschnitten waren, die nicht die Vielfalt der Bevölkerung widerspiegeln.²²

Ein Beispiel dafür ist die GFR-Formel zur Nierenfunktionsmessung.²³ Bis vor wenigen Jahren wurden schwarze Patient:innen in einer eigenen Kategorie bewertet mit der Annahme, sie hätten „von Natur aus“ mehr Muskelmasse. Eine Behauptung, die wissenschaftlich nicht haltbar ist. Doch sie führte dazu, dass Nierenschäden bei schwarzen Patient:innen später erkannt wurden, weil der Algorithmus Werte als „normal“ einstufte, die eigentlich alarmierend waren.

Darüber hinaus zeigt Forschung, dass medizinisches Lehrmaterial und Ausbildung oft unzureichend auf Vielfalt vorbereitet sind: Hautkrankheiten, Symptome oder Krankheitsverläufe werden überwiegend anhand weisser Körper dargestellt, Dunkelhäutige oder andere Minderheiten sind in Bildern und Fallbeispielen stark unterrepräsentiert. Dies führt dazu, dass auch gut gemeinte Behandlung in der Praxis fehlerhaft sein kann. Nicht zwangsläufig aus böser Absicht, sondern weil Struktur und Ausbildung nicht ausreichend auf Diversität vorbereitet sind.²⁴

Auch KI-basierte Diagnosesysteme zeigen dieses Problem. Wenn sie mit Datensätzen trainiert werden, die überwiegend Informationen über weisse Patient:innen enthalten, erkennen sie Hautkrebs auf dunkler Haut schlechter. Eine Software kann nicht inklusiver sein als die

²² Ritzmann, Iris (27.10.2025), ehemalige Titularprofessorin UZH. Interview.

²³ Vgl.: Abd Alla, Mona: „Race based Medicine“ am Beispiel der GFR-Berechnung, https://www.mangoes-and-bullets.org/wp-content/uploads/2024/02/Mona-Abd-Alla-%E2%80%99ERace-based-Medicine-am-Beispiel-der-GFR-Berechnung_dt.pdf [5.11.2025]

²⁴ Ritzmann, Iris (27.10.2025), ehemalige Titularprofessorin UZH. Interview.

Daten, aus denen sie lernt. Wenn wir uns also jetzt für eine Veränderung sorgen, kann künstliche Intelligenz doch anders reagieren und einschätzen.²⁵

5.2 Vorurteile im Klinikalltag

Selbst wenn Ärzt:innen und medizinisches Personal keine bewussten rassistischen Einstellungen haben, existieren oft unbewusste (also implizite) Vorurteile, sogenannte „implicit biases“, die Entscheidungen in Diagnostik und Behandlung beeinflussen können.

So zeigen Untersuchungen, dass stereotypische Vorstellungen über Schmerzempfinden, Schmerztoleranz oder Krankheitsrisiken bei rassifizierten Patient:innen dazu führen können, dass Beschwerden seltener ernst genommen oder unterbewertet werden, was zu schlechterer Behandlung oder verspäteter Diagnosestellung führt.²⁶ Es gibt auch sprachliche Indizien, die darauf hindeuten. Ein Beispiel dafür ist das sogenannte „Mittelmeersyndrom“. „Das Mittelmeersyndrom ist in der medizinischen Umgangssprache eine pejorative Umschreibung für die, als übertrieben empfundene Schmerzschilderung von Patienten, die aus dem Mittelmeerraum stammen.“²⁷ Das sich eine so klar rassistische Wortwahl überhaupt in der Sprache des medizinischen Alltags finden lässt, ist äusserst alarmierend.

5.3 Diagnose- und Behandlungsunterschiede

Medizinische Entscheidungen sind nie rein technisch. Zwischen Symptom und Diagnose liegen Gespräche und Einschätzungen. Genau hier zeigen sich Differenzen, die im Ergebnis lebensentscheidend sein können. So deuten Forschungsergebnisse von Krebsdiagnosen darauf hin, dass rassifizierte Patient:innen später diagnostiziert werden und damit oft erst dann medizinische Hilfe bekommen, wenn die Krankheit fortgeschritten ist. Die Studie deutet

²⁵ vgl.: Christensen, Donna M., Jim Manly und Jason Resendez (2021): Medical Algorithms Are Failing Communities Of Color, <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/medical-algorithms-failing-communities-color> [30.11.2025].

²⁶ vgl.: Hood, Anna (29.04.2025): Racism in pain management causes needless suffering, <https://www.bmj.com/content/389/bmj.r848> [30.11.2025]

²⁷ vgl.: Vetterl, Alexander et al.: Mittelmeersyndrom, <https://flexikon.doccheck.com/de/Mittelmeersyndrom> [5.11.2025].

darauf hin, dass Migrant:innen eher nicht mit Krebs in einem frühen Stadium diagnostiziert werden.²⁸

Ein weiteres klassisches Beispiel betrifft Herzinfarkte. Schwarze Frauen werden bei Brustschmerzen häufiger fehlinterpretiert. Symptome gelten als psychosomatisch oder werden auf Angst, Stress oder familiäre Belastungen zurückgeführt.²⁹

Dazu kommen strukturelle Faktoren: lange Wartezeiten in Hausarztpraxen, Sprachbarrieren und keine zur Verfügung gestellte Dolmetscher oder ein unsicherer Versicherungsstatus. Wer aus Angst vor Stigmatisierung medizinische Einrichtungen meidet, erreicht sie erst spät – häufig erst in der Notaufnahme. Dort ist keine Zeit für lange Gespräche, und Vertrauen entsteht schwer.³⁰

5.4 Erfahrungsberichte von Betroffenen

Zuvor wurde die wichtige Rolle der sozialen Netzwerke erwähnt, und dass diese nun eine offene Plattform für Betroffene von Rassismus bieten. Es ist wichtig die Stimmen und Erfahrungen derer zu hören, die die tiefen Probleme unserer medizinischen Versorgung darlegen.

Eine kurdisch-türkische Ärztin namens Hatun Karakaş teilt auf der Plattform „Instagram“ ihre persönlichen Erfahrungen mit Rassismus und die ihrer Community auf ihrer Seite.³¹ Sie hat zusammen mit dem Deutschen Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) eine Umfrage durchgeführt, bei der jeder seine/ihre diskriminierenden Erfahrungen im Gesundheitswesen anonym teilen konnte. Hier werden einige aufgeführt:

- Mein Psychologe hat mir in unseren Kennenlernsitzungen was von Morbus Mediterraneus erzählt, als ich ihm gesagt habe, das ist rassistisch und es gibt keine wissenschaftliche Evidenz dazu hat er mich angebrüllt, dass ich keine anderen Meinungen zulasse und das Genetik und Temperament sehr wohl zusammenhängen.

²⁸ vgl.: Harvey-Sullivan, A., Ali, S., Dhese, P., Hart, J., Painter, H., Walter, F. M., Funston, G., & Zenner, D. (2025): Comparing cancer stage at diagnosis between migrants and non-migrants: a meta-analysis, <https://doi.org/10.1038/s41416-024-02896-0> [30.11.2025].

²⁹vgl.: McSweeney, Jean C. et al. (2010): Racial differences in Women's Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2860802/> [23.12.2025]

³⁰ Dr. Tageldin, Adam (30.10.2025).Kardiologe und Internist. Interview.

³¹ @dr.hatun, Story-Highlight, <https://www.instagram.com/dr.hatun/> [24.11.2025]

- Bekam mal Vitamin-D-Tabletten mit dem Kommentar: "Gott hätte nicht gewollt, dass Sie sich bedecken und einen Mangel begünstigen." Und bei meiner bakteriellen Magenschleimhautentzündung war ein anderer Arzt der Meinung, dass es von meiner "kriselnden Ehe und zu viel Baklava" käme. Und beim Kinderarzt wurde ich aufgefordert mit meiner Tochter Deutsch zu reden, weil ich sonst "ihre Zukunft ruiniere".
- Meine 22-jährige Tochter hatte krampfartige starke Schmerzen im Bauchbereich. Ich habe sie ins Krankenhaus gefahren. Die Ärztin hat sie nicht richtig untersucht. Sie meinte, muss ihre Tochter viel Hausarbeit machen? Die Schmerzen würden dadurch kommen. Da hab ich gesagt, sie muss kaum was zu Hause machen, da sie studiert. Wir wurden nach Hause geschickt. Ich hab sie am nächsten Tag zum Hausarzt gefahren und ihn gebeten, ob er ein Ultraschall machen könnte. Der Arzt hat Ultraschall gemacht und gesehen das meine Tochter viele Gallensteine hatte. Deshalb hatte sie die starken Schmerzen.
- Ich war mal in einer lebensbedrohlichen Situation, da mein Blinddarm geplatzt ist und ich innere Blutungen hatte. Der Arzt hat dies komischerweise übersehen und meinte dann "Ach die Schmerzen könnten auch psychisch sein, du schreist ja garnicht wenn ich draufdrücke. Oder vielleicht bist du ja allergisch gegen die Kopftuchfarbe deiner Mutter". Das Ganze haben wir uns natürlich nicht gefallen lassen und es wurde sofort gemeldet... es kam leider nichts dabei raus und der Arzt kam damit einfach durch. Am nächsten Tag haben wir das Krankenhaus gewechselt und ich musste notoperiert werden!!
- Hatte auch so einen komischen Fall. Hab meine Mutter zum HNO Arzt begleitet. Er kam rein, sah direkt zwei Frauen mit Hijab und dachte wir könnten kein Deutsch. Der erste Satz direkt „Toll, wieder viel Arbeit für nichts. Können die überhaupt Deutsch.“ nach diesem Satz hab ich mich geweigert ihm die Hand zu geben, meine Mutter tat es. Dann hiess es, wenn sie mir nicht die Hand geben, dann können Sie auch direkt aus meiner Praxis raus. Ihre Mutter können sie gleich mitnehmen. Dann gab es eine lange Diskussion, bis ich dann gedroht habe das bis zum Gericht zu bringen. Erst ab da behandelte er meine Mutter.

Es ist unglaublich, dass solche Aussagen nicht aus Einzelfällen bestehen, sondern wiederkehrende Muster struktureller Diskriminierung im medizinischen Alltag sichtbar machen. Als nicht rassifizierte Person kommt man mit solchen Geschichten kaum in Kontakt, weshalb es sehr wichtig ist eine Plattform für diese Erfahrungen zu bieten. Umso mehr Geschichten gehört werden, desto mehr Aufmerksamkeit erhält das Thema, wodurch die Mauer des Schweigens bricht, und Betroffene erfahren, dass sie mit ihren Erlebnissen nicht allein sind.

Aufmerksamkeit kann für Änderung sorgen und ein weltweit bekanntes Beispiel dafür ist die Black Lives Matter Bewegung. Über die Polizeigewalttaten in den USA war zuvor nicht so viel bekannt wie im Jahr 2020 nach dem Mord von George Floyd von einem Polizisten. Dadurch sind die Hashtags #BLM und #JusticeforGeorgeFloyd komplett durch die Decke gegangen. Diese tragische Geschichte brachte aber einen positiven Effekt mit sich. Die Proteste und das Bewusstsein für diesen Mord sorgten dafür, dass zwischen 2020 und 2021 mehr als 140 Gesetze zur polizeilichen Aufsicht und Kontrolle der Strafverfolgungsbehörden akzeptiert wurden. Programme zur Sensibilisierung von Polizisten wurden eingeführt, und das zeigt, dass Aufmerksamkeit so viel erreichen kann.³² Aber, dass die Aufmerksamkeit im Fall von George Floyd seinen Tod bedeutete, ist beängstigend. Die Frage, wie weit Rassismus im medizinischen Umfeld gehen muss, damit politische Veränderung etwas bewirkt, ist deshalb äusserst alarmierend.

5.5 Ansätze für Veränderung

Es ist immer einfach von den Problemen zu sprechen, aber konkrete Ansätze und Lösungen zu finden ist das, was tatsächlich Dinge in Bewegung versetzt. Im Verlauf der Recherche und beim Schreiben der Kolumnen konnten sich durch die Probleme mit denen rassifizierten Gruppen zu kämpfen haben einige Forderungen herauskristallisieren:

- *Dolmetscher*: Ein verbreitetes Problem ist die Sprachbarriere. Es ist schwer eine Verbindung aufzubauen zwischen Patient:in und Ärzt:in, wenn das Mittel der Sprache nicht genutzt werden kann. Das so wichtige Vertrauen ist das, was Missverständnisse zwischen beiden Parteien verhindert und sicherstellt, dass medizinische Diagnosen auf Fakten statt auf Vermutungen basieren.

³² vgl.: Turner, Nicholas (23.05.2025): Five Years After George Floyd's Murder, What's Changed?, <https://www.vera.org/news/five-years-after-george-floyds-murder-whats-changed> [19.12.2025]

- *Ressourcen für Fachstellen:* Während es schon eine vom Bund gebotene Fachstelle für Rassismusbekämpfung gibt, wissen viele Migrant:innen nicht von ihrer Existenz. Deshalb bleiben Dunkelziffern hoch und Geschichten unerhört. Es wird eine massive Stärkung der finanziellen Ressourcen für Antidiskriminierungsstellen in der Medizin gefordert. Das ist wichtig für gezielte Informationskampagnen und damit diese im öffentlichen Raum sichtbar bleiben. Ähnliches sehen wir bei anderen Aufklärungskampagnen wie die „Zürich schaut hin“-Kampagne der Stadt Zürich.³³
- *Verbindliche Sensibilisierung im Berufsalltag:* Es darf nicht mehr dem Zufall oder der persönlichen Einstellung überlassen sein, dass ein:e Ärzt:in Vorurteile gegenüber Patient:innen hat. Gefordert werden verpflichtende und regelmässige Antirassismus-Workshops für Personal. Eine verbindliche und tiefe Auseinandersetzung mit der eigenen Voreingenommenheit, die auch unbewusst sein kann, kann für die Patient:innen schon einen grossen Unterschied bedeuten.
- *Anpassung des medizinischen Curriculums:* Eine der Probleme beginnt schon bei der Ausbildung, und da sollte es auch schon an den Wurzeln gepackt werden. Lehrbücher sollen so grundlegend überarbeitet werden, sodass Rassismus kritisch thematisiert wird. Der Standardpatient weiss, jung und männlich sollte nicht die Norm bleiben. Unterschiedliche Krankheitsbilder auf anderen Hautfarben sollten nicht die Ausnahme, sondern eine andere Norm sein. Ein Curriculum, das Vielfalt ignoriert, produziert Ärzt:innen, die in der Praxis überfordert sind und diskriminierende Muster reproduzieren.
- *Stärkere gesetzliche Verfolgung und Konsequenzen:* Wie das obige Beispiel des geplatzten Blinddarms zeigt, können Ärzt:innen straffrei davonkommen, wenn sie Patient:innen aufgrund von Vorurteilen fehldiagnostizieren oder wegschicken. Gefordert wird eine Verschärfung der gesetzlichen Rechenschaftspflicht. Diskriminierung im Gesundheitswesen darf kein „Kavaliersdelikt“ sein. Es braucht unabhängige Beschwerdestellen mit Ermittlungsbefugnissen, damit Meldungen nicht einfach im Sande verlaufen, sondern spürbare berufliche oder rechtliche Konsequenzen für das medizinische Personal haben.

³³ Stadt Zürich: Zürich schaut hin, <https://zuerichschauthin.ch/de/> [23.12.2025]

6. Textsorte

6.1 Theorie zur Textform der Kolumne

Die Kolumne ist eine journalistische Textsorte, die vor allem in Zeitungen, Zeitschriften und auch zunehmend immer mehr im Online-Journalismus verbreitet ist. Charakteristisch ist das regelmässige Erscheinen an einer gleichbleibenden Stelle, einer „Spalte“, meist auch unter dem Namen einer bestimmten Autorin bzw. eines Autors. Eine Person, die Kolumnen schreibt, hat einen eigenen Wiedererkennungswert aufgrund ihres Stils und ihrer frischen Perspektive, die sie zu bestimmten Themen bringt. Diesen eigenen Stil zu finden kann eine Herausforderung darstellen, vor allem bei sehr theoretischen Themen, die das Risiko aufbringen können, die Bedeutung, die Tiefe und die eigene Essenz zu überschwemmen.

Im Gegensatz zu anderen rein informativen Textsorten ist die subjektive Meinung im Vordergrund. Gesellschaftliche, politische, persönliche und alltägliche Probleme und Themen werden aufgegriffen und pointiert kommentiert. Die neutrale Darstellung eines Sachverhalts ist hier weniger das Ziel, sondern vielmehr die persönliche Positionierung und ein neuer Weg, die Dinge zu sehen. Kritik, Ironie oder Humor regen so Diskussionen an, schaffen Identifikationen oder provozieren zum Nachdenken. Stilistisch zeichnet sich die Kolumne durch sprachliche Kreativität aus. Nutzung von rhetorischen Mitteln wie Ironie, Übertreibungen, Metaphern oder Wortspielen ist wichtig, um Aufmerksamkeit zu erregen und die Leser:innen emotional einzubinden. Lockere, umgangssprachliche Sprache kann auch typisch sein. Obwohl die Kolumne meist kurzgehalten ist, sollte sie eine klare Struktur aufweisen: ein prägnanter Einstieg führt in das Thema ein, im Hauptteil wird die Argumentation oder Beobachtung entwickelt, und ein pointierter Schluss fasst den Gedanken zusammen oder setzt einen überraschenden Akzent.³⁴

6.2 Eignung der Kolumne

Ein Buch, das mich inspiriert hat, den Stil der Kolumne etwas mehr zu erforschen ist „Mama, bitte lern Deutsch“ von Tahsim Durgun.³⁵ Es hat mich emotional mitgenommen und ich konnte es einfach nicht hinlegen. Genau diesen Effekt wollte ich auf meine Leser:innen hinterlassen: Sie sollen fühlen, was Diskriminierung mit sich bringt und wieso das auch die ansprechen

³⁴ vgl.: Wortwuchs: Kolumne, <https://wortwuchs.net/kolumne/> [26.11.2025]

³⁵ Durgun, Tahsim (2025): Mama, bitte lern Deutsch. München: Knauer

sollte, die nicht betroffen sind. Die Kolumne ist eine Textsorte, die es erlaubt Frustration, Wut, Angst, Skepsis und alle möglichen Gefühle, die bei einem Thema wie diesem aufkommen, so authentisch wie möglich zu beschreiben, ohne durch Formalitäten und Einschränkungen den Kern meiner Nachricht zu verlieren. Die freie Sprache sollte so viele Leser:innen wie möglich erreichen. Die Leser:innen sollten mit mir fühlen und nicht nur die sachliche Lage des Problems verstehen, sondern auch warum einer Person wie ich, die von Rassismus in der Medizin betroffen sein könnte, die Thematik nah am Herzen liegt. Die Kolumne ist auch eine der moderneren Formen der Textfassung, was mit dem Thema des Rassismus in der Medizin mit einhergeht.

Ich musste auch einsehen, dass mein Thema ein sehr komplexes ist und es viel übersichtlicher wäre, den Leser:innen mehrere einzelne Texte zu geben, die informieren und auch meinen persönlichen Bezug zum Thema zeigen. So kann ein roter Faden über mehrere Texte beibehalten werden. Rassismus in der Medizin spricht so viele verschiedene Bereiche an, und über meine Kolumnensammlung kann ich auch sagen, dass längst nicht alles angesprochen wurde, dass angesprochen werden kann.

6.3 Organisation und Schreibprozess

Der Entstehungsprozess der Kolumnen folgte einer klaren methodischen Struktur. Um den Überblick über die verschiedenen Themengebiete zu behalten, organisierte ich das gesamte Projekt mithilfe einer detaillierten Tabelle, in der Titel, thematische Schwerpunkte und die geplante Veröffentlichungsreihenfolge festgehalten wurden.

Mein Schreibprozess gliederte sich dabei in drei Phasen:

1. Notieren persönlicher Gedanken und die Verknüpfung der eigenen Biografie mit der Thematik.
2. Vertiefung der Inhalte durch Fachliteratur und gezielte Internetrecherche nach wissenschaftlichen Studien, um die persönlichen Erlebnisse empirisch zu untermauern.
3. Die eigentliche Textproduktion, bei der die Wahl des Stils individuell auf die jeweilige Kolumne angepasst wurde.

Eine besondere Herausforderung stellte die Tonalität dar. Es war mein ausdrückliches Ziel, die persönlichen Erlebnisse nicht sachlich und trocken abzuhandeln, sondern die ihnen

Emotionalität zuzulassen. Dennoch erforderte es Überwindung, eigene Erfahrungen öffentlich zu machen. Die grösste Schwierigkeit lag darin, die Balance zwischen fundierter Information, theoretischen Konzepten (wie z. B. Lobbyismus) und der eigenen Meinung zu finden.

Ursprünglich war die Veröffentlichung von 17 Kolumnen geplant. Im Verlauf des Prozesses entschied ich mich jedoch dazu, das Projekt auf 12 Beiträge zu bündeln. Diese Straffung war eine bewusste qualitative Entscheidung. Ich erkannte, dass sich Themen wie Kolonialmedizin und pseudowissenschaftliche Rassentheorien oder antirassistische Bewegungen und Zukunftsausblicke ideal kombinieren liessen. Durch diese Zusammenführung entstanden komplexere und aussagekräftigere Texte, die die systemischen Zusammenhänge deutlicher aufzeigen konnten.

7. Blog

Ein Blog ist im Grunde ein Tagebuch, das Online zu Verfügung gestellt wird. Das Wort kommt aus dem Englischen und besteht aus den zwei Wörtern „Web“ und „Log“, was sich zu „Netz“ und „Protokoll“ übersetzen lässt. Blogs werden regelmässig aktualisiert mit einzelnen Beiträgen und dienen dazu, sich mit einem zentralen Thema befassen zu können. Die Art des Blogs kann variieren: Von Kochen zu Technik und Business ist alles Mögliche dabei.

Besonders machen sich Blogs mit ihrer interaktiven Funktion Diskussionen in der Kommentarspalte zu schaffen. Neue und aktuelle Inhalte sind das, was den Blog von einer Website unterscheidet.³⁶ Je nach Anbieter ist die Erstellung des Blogs kostenpflichtig oder gratis

Ich habe mich entschieden einen eigenen Blog zu erstellen und die Texte eigenständig zu veröffentlichen. Es war mir wichtig einen Diskurs zu schaffen und eine Kommentarfunktion zu haben, um einen Austausch zu schaffen.

7.1 Aufbau des Substack-Blogs

Für die Veröffentlichung meiner Inhalte habe ich mich bewusst für die Plattform „Substack“ entschieden. Das Einstiegstutorial ermöglichte es mir, ohne technische Hürden sofort mit dem Schreibprozess zu beginnen. Der Aufbau des Blogs folgt einer klaren Struktur, die auf Einfachheit und Fokus setzt: Anstatt von komplexen Design-Optionen abgelenkt zu werden, steht der Text im Zentrum. Substack kombiniert dabei die klassische Blog-Funktion mit einem Newsletter-System, wodurch die Beiträge direkt in den Postfächern der Leser:innen landen. Dies schafft eine intime und verlässliche Verbindung zur Leserschaft, was besonders bei sensiblen Themen wie Diskriminierungserfahrungen wichtig ist. Durch die minimalistische Benutzeroberfläche bleibt die Plattform übersichtlich und gewährleistet, dass die Inhalte auf verschiedenen Endgeräten barrierefrei zugänglich sind.

Meine Website, die unter racismandmedicine.substack.com zu finden ist, ist auch sehr einfach aufgebaut, ohne viele Formen und Farben, die vom Text ablenken.³⁷ Man kann die einzelnen

³⁶ Eger, Alexandra (19.04.2022): Was ist ein Blog?, <https://de.wix.com/blog/beitrag/was-ist-ein-blog?> [24.12.2025]

³⁷ Tageldin, Hafsa: Rassismus in der Medizin, <https://racismandmedicine.substack.com/>

Kolumnen auch in einem Archiv aufrufen, in dem alle Veröffentlichungen angezeigt werden. Die Kolumnen sind sowohl über die App als auch in der Web-Ansicht abrufbar.

7.2 Analyse des Blogs

Da die Entscheidung für die Erstellung des Blogs kurzfristig fiel, gestaltete sich die Anfangsphase der Analyse zunächst ruhig. In den ersten Tagen blieben die Aufrufzahlen gering, was verdeutlicht, dass Inhalte ohne gezielte Distribution im digitalen Raum oft unentdeckt bleiben. Um dem entgegenzuwirken, startete ich eine eigene Promotion-Phase: Ich bewarb den Blog auf meinem Instagram-Profil und auch meine Verwandten unterstützte mich durch Weiterempfehlungen in ihrem Umfeld.

Diese Kombination aus digitaler Werbung und persönlichem „Word-of-Mouth“ sorgte für einen massiven Anstieg der Reichweite. Innerhalb kurzer Zeit generierte der Blog hunderte von Aufrufen und konnte die ersten festen Abonnent:innen gewinnen.

Interessanterweise verlagerte sich die eigentliche Interaktion jedoch fast ausschliesslich in den privaten Raum. Ich erhielt zahlreiche Privatnachrichten mit tiefgreifenden Fragen, persönlichen Berichten und Diskussionsanregungen. Obwohl ich am Ende von Beiträgen einen Appell formulierte, die Kommentarfunktion zu nutzen, blieb die öffentliche Debatte auf „Substack“ aus. Diese Diskrepanz zwischen hohen Aufrufzahlen und privaten Nachrichten gegenüber einer leeren Kommentarspalte ist eine wichtige Erkenntnis meiner Analyse: Sie zeigt, dass bei sensiblen Themen wie Diskriminierung eine hohe Hemmschwelle besteht, sich öffentlich zu äussern, während das Bedürfnis nach einem vertraulichen Austausch enorm gross ist.

8. Reflektion

Als ich mich dazu entschied, meine Erfahrungen öffentlich zu machen, wusste ich nicht, wie viel Überwindung mich das am Ende kosten würde. Eine Kolumne zu schreiben ist das eine, aber die eigene Verletzlichkeit schwarz auf weiss zu sehen, war eine ganz andere Erfahrung. Der Schreibprozess war für mich eine emotionale Achterbahn. Anfangs wollte ich einfach nur meine Wut über diese Ungerechtigkeiten loswerden. Doch während der Recherche wurde mir klar, dass meine Wut nicht nur ein Gefühl ist, sondern eine berechtigte Reaktion auf ein jahrhundertealtes System. Zu entdecken, dass Forscher wie Samuel Morton oder Robert Koch mit ihren Theorien den Grundstein dafür gelegt haben, dass man uns heute im Behandlungszimmer oft mit Vorurteilen begegnet, war ein Schock. Es hat meine Sichtweise verändert: Ich habe gelernt, dass meine Erlebnisse kein „Pech“ waren, sondern das Ergebnis einer Geschichte, die wir dringend umschreiben müssen.

Trotz der emotionalen Belastung und der Überwindung, die dieses Projekt gekostet hat, bereue ich keine Sekunde. Ich würde mich jederzeit wieder dazu entscheiden, diese Themen aufzugreifen und meine Stimme zu nutzen. Die wertvollste Erfahrung war für mich das Feedback meiner Leser:innen: Zu hören, dass Menschen durch meine Kolumnen etwas Neues lernen konnten oder sich in ihren eigenen Erfahrungen zum ersten Mal verstanden fühlten, ist für mich der grösste Mehrwert überhaupt. Zu wissen, dass meine Texte einen kleinen Teil zur Aufklärung beitragen konnten, entschädigt für jede schlaflose Nacht und jede schwierige Recherche. Es hat mir gezeigt, dass wir nicht schweigen dürfen, wenn wir Veränderung wollen.

9. Schlusswort

Diese Arbeit zeigt deutlich, dass Rassismus in der Medizin kein Zufall, sondern ein tief verwurzelt, historisches Erbe ist, das von der Kolonialmedizin bis in heutige Behandlungszimmer reicht. Ein zentrales Resultat ist die Erkenntnis, dass pseudowissenschaftliche Mythen auch heute noch reale Fehler in den Diagnosen verursachen. In der praktischen Umsetzung des Blogs bestätigte sich die Relevanz des Themas durch hunderte von Aufrufen, wobei die Resonanz fast ausschliesslich über Privatnachrichten stattfand, was die hohe Hemmschwelle bei Diskriminierungsthemen unterstreicht. Letztlich konnten durch die Analyse der zwölf Kolumnen konkrete Forderungen wie der Einsatz von Dolmetschern und eine Reform des Medizinstudiums als notwendige Schritte für ein gerechteres Gesundheitssystem identifiziert werden.

Aber andererseits war diese Arbeit weit mehr als nur eine theoretische Analyse. Die positive Resonanz hat mir bewiesen, dass Schweigen keine Option ist. Zu wissen, dass andere durch meine Texte lernen konnten, ist für mich der wertvollste Erfolg. Mein Fazit ist daher klar: Medizin muss ein Ort der Heilung sein, an dem Fakten über Vorurteile siegen und jedes Leben den gleichen Wert besitzt. Ich würde diesen Weg jederzeit wieder gehen, denn Veränderung beginnt dort, wo wir aufhören zu schweigen.

10. Literaturverzeichnis

- Abd Alla, Mona: „Race based Medicine“ am Beispiel der GFR-Berechnung, https://www.mangoes-and-bullets.org/wp-content/uploads/2024/02/Mona-Abd-Alla-%E2%80%9ERace-based-Medicine-am-Beispiel-der-GFR-Berechnung_dt.pdf [5.11.2025]
- Amnesty International (2021): Glossar der wichtigsten Begriffe bei Amnesty International, Schweizer Sektion, <https://www.amnesty.ch/de/ueber-amnesty/inklusive-sprache/glossar> [20.12.2025]
- Amnesty International: Glossar für diskriminierungssensible Sprache, <https://www.amnesty.de/glossar-fuer-diskriminierungssensible-sprache> [20.12.2025]
- Bach, Peter B. et al (14.10.1999): Racial Differences in the Treatment of Early-Stage Lung Cancer. *New England Journal of Medicine* 341.
- Bundesamt für Statistik: Diskriminierungserfahrung, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/zusammenlebensschweiz/diskriminierung.html> [3.12.2025].
- Bundesamt für Statistik: Verzicht auf zahnärztliche Leistungen, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/migration-integration/integrationindikatoren/gesundheitsverzicht-leistungen.html> [30.11.2025].
- Bundeszentrale für politische Bildung: Rassismus, <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/lexikon-einfacher-sprache/> [20.11.2025].
- Christensen, Donna M., Jim Manly und Jason Resendez (2021): Medical Algorithms Are Failing Communities Of Color, <https://www.healthaffairs.org/content/forefront/medical-algorithms-failing-communities-color> [30.11.2025].
- Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) (07.11.2023): Rassismus und seine Symptome, https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/2023-11-07_NaDiRa-2023_Pressematerialien.pdf [16.10.2025]
- DocCheck Flexicon: Sichelzellanämie, <https://flexikon.doccheck.com/de/Sichelzellan%C3%A4mie> [20.10.2025]
- Durgun, Tahsim (2025): *Mama, bitte lern Deutsch*. München: Knaur
- Eger, Alexandra (19.04.2022): Was ist ein Blog?, <https://de.wix.com/blog/beitrag/was-ist-ein-blog?> [24.12.2025]
- European Migration Network (EMN) (2025): EMN Asylum and Migration Glossary, https://home-affairs.ec.europa.eu/networks/european-migration-network-emn/emn-asylum-and-migration-glossary_en [20.12.2025]
- Fachstelle für Rassismusbekämpfung FRB: Wie häufig wird diskriminiert?, <https://www.frb.admin.ch/de/wie-haeufig-wird-diskriminiert/> [1.12.2025].
- Harvey-Sullivan, A., Ali, S., Dhesi, P., Hart, J., Painter, H., Walter, F. M., Funston, G., & Zenner, D. (2025): Comparing cancer stage at diagnosis between migrants and non-migrants: a meta-analysis, <https://doi.org/10.1038/s41416-024-02896-0> [30.11.2025].
- Hoberman, John (2012): *Black and Blue – The Origins and Consequences of Medical Racism*. Los Angeles/Berkeley: University of California Press. S. 11
- Hoffman, K.M., S. Trawalter, J.R. Axt und M.N. Oliver (2016): Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites, <https://www.pnas.org/doi/10.1073/pnas.1516047113> [24.07.2025]
- Hood, Anna (29.04.2025): Racism in pain management causes needless suffering, <https://www.bmj.com/content/389/bmj.r848> [30.11.2025]
- Imboden, Priscilla (20.02.2020): Das Lobbying der Pharmabranche funktioniert, <https://www.srf.ch/news/schweiz/schweizer-medikamentenpreise-das-lobbying-der-pharmabranche-funktioniert> [17.10.2025]
- Institut Imagine (28.03.2024): Institut Imagine (Paris) will coordinate a Horizon Europe-granted project on genome editing approaches to treat sickle cell disease, <https://www.institutimagine.org/en/institut-imagine-paris-will-coordinate-horizon-europe-granted-project-genome-editing-approaches> [20.10.2025]
- Johnson, Rachel L. et al. (December 2004): Patient Race/Ethnicity and Quality of Patient-Physician Communication During Medical Visits. *American Journal of Public Health* 94.
- Kolbert, Elizabeth (06.07.2020): Warum menschliche „Rassen“ ein erfundenes Konstrukt sind, <https://nationalgeographic.de/wissenschaft/2020/07/warum-menschliche-rassen-ein-erfundenes-konstrukt-sind/> [24.07.2025].
- Kritische Medizin München: Eine Geschichte der Tropenmedizin, <https://kritischemedizinmuenzen.de/eine-geschichte-der-tropenmedizin/> [18.12.2025].

- Lungeninformationsdienst (11.12.2023): Mukoviszidose: Verbreitung, <https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/mukoviszidose/verbreitung> [20.10.2025]
- Mahon, Pascal: Soll der Begriff „Rasse“ aus dem Schweizer Recht verbannt werden?, <https://www.ekr.admin.ch/d585.html> [3.12.2025].
- McSweeney, Jean C. et al. (2010): Racial differences in Women’s Prodromal and Acute Myocardial Infarction Symptoms, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2860802/> [23.12.2025]
- Milwaukee Journal Sentinel (April 16, 2001): U.S. Practices a System of Medicine that Shortchanges Minorities and Women
- Muzambi, R. et al. (18.09.2025): Indicators of inequity in research and funding for sickle cell disease, cystic fibrosis and haemophilia: a descriptive comparative study, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40976242/> [20.10.2025]
- National Institutes of Health (13.09.2018): NIH launches initiative to accelerate genetic therapies to cure sickle cell disease, <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nih-launches-initiative-accelerate-genetic-therapies-cure-sickle-cell-disease> [20.10.2025]
- Nationaler Diskriminierungs- & Rassismusmonitor (NaDiRa) (07.11.2023): Rassismus und seine Symptome, https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/2023-11-07_NaDiRa-2023_Pressematerialien.pdf [17.12.2025].
- Op-Med (20.07.2020): ‘White’ Should Not Be the Medical Standard, <https://opmed.doximity.com/articles/white-should-not-be-the-medical-standard> [06.10.2025]
- Oxford English Dictionary (June 2025): microaggression (n.), https://www.oed.com/dictionary/microaggression_n?tab=meaning_and_use&tl=true#1223458570 [07.10.2025]
- Piercy, Laura (05.06.2025): Women less likely to receive treatment for deadly heart condition, <https://www.bhf.org.uk/what-we-do/news-from-the-bhf/news-archive/2025/june/women-less-likely-to-receive-treatment-for-deadly-heart-condition> [01.11.2025]
- Rechsteiner, Karl Johannes: Wie Kolonialismus und Rassismus zusammenspielen, <https://www.ekr.admin.ch/d416.html> [3.12.2025]
- Riss, Nora (28.04.2025): Rassismus im Gesundheitswesen, <https://www.humanrights.ch/de/fachstellen/fachstelle-diskriminierung-rassismus/rassismus-gesundheitswesen> [05.07.2025]
- Satel, Sally (April 4, 2002): Racist Doctors? Don’t Believe the Media Hype, The Wall Street Journal
- Schweizerische Patientenorganisation (SPO) (21.08.2023): Wenn Beschwerden nicht ernst genommen werden, <https://www.spo.ch/aktuelles/medical-gaslighting> [23.11.2025]
- Schweizer Radio und Fernsehen (27.07.2021): Menschen mit Migrationshintergrund zahlen zehn Prozent mehr Miete, <https://www.srf.ch/news/schweiz/mehr-migration-mehr-miete-menschen-mit-migrationshintergrund-zahlen-zehn-prozent-mehr-miete> [17.10.2025]
- Schweizerisches Rotes Kreuz (2016): Lehrmittel Rassismus und Diskriminierung im Gesundheitsbereich, <https://www.migesplus.ch/publikationen/lehrmittel-rassismus-und-diskriminierung-im-gesundheitsbereich> [20.12.2025].
- Stadt Zürich: Zürich schaut hin, <https://zuerichschauthin.ch/de/> [23.12.2025]
- Turner, Nicholas (23.05.2025): Five Years After George Floyd’s Murder, What’s Changed?, <https://www.vera.org/news/five-years-after-george-floyds-murder-whats-changed> [19.12.2025]
- Vega, Gina (2022): Strukturellen Rassismus sichtbar machen, <https://www.humanrights.ch/de/fachstellen/fachstelle-diskriminierung-rassismus/struktureller-rassismus-beratungsarbeit> [30.11.2025].
- Vetterl, Alexander et al.: Mittelmeersyndrom, <https://flexikon.doccheck.com/de/Mittelmeersyndrom> [5.11.2025].
- Watson (1.10.2023): Warum die mächtige Gesundheitslobby im Bundeshaus ein Problem ist, <https://www.watson.ch/zuerich/zueritoday/574462495-warum-die-maechtige-gesundheitslobby-im-bundeshaus-ein-problem-ist> [17.10.2025]
- Wikidoc (01.08.2018): Sickle-cell disease epidemiology and demographics, https://www.wikidoc.org/index.php/Sickle-cell_disease_epidemiology_and_demographics [20.10.2025]
- Wikipedia: Mittelmeersyndrom, <https://de.wikipedia.org/wiki/Mittelmeersyndrom> [5.11.2025]
- Wikipedia: Rassentheorie, <https://de.wikipedia.org/wiki/Rassentheorie> [20.11.2025]
- Wikipedia: Rassismus, <https://de.wikipedia.org/wiki/Rassismus> [20.11.2025].
- Wortwuchs: Kolumne, <https://wortwuchs.net/kolumne/> [26.11.2025]
- Wikipedia: Zeittafel medizinischer Fortschritte, https://de.wikipedia.org/wiki/Zeittafel_medizinischer_Fortschritte [30.10.2025]
- World Health Organisation (Oktober 2024): Distribution of R&D funding flows for neglected diseases by source and type of funding, <https://www.who.int/observatories/global-observatory-on-health->

research-and-development/monitoring/distribution-of-r-d-funding-flows-for-neglected-diseases-by-source-and-type-of-funding [20.10.2025]

- Zürcher Hochschule der Angewandten Wissenschaften (2025): Bildungsinitiative zu unbewussten Vorurteilen im Gesundheitswesen, <https://www.zhaw.ch/de/forschung/projekt/78178> [20.12.2025].

11. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 0 (Titelblatt Bild): Piktogramm von Word (4.1.2025)

12. Anhang

12.1 Woke Nonsense?!

Eine Einführung zu einer Kolumnensammlung zum Thema „Rassismus in der Medizin“

Bevor ich mich mit medizinischem Rassismus auseinandergesetzt habe, hatte ich selbst noch nie etwas von dem gehört. Ich kannte nur einige Geschichten von meinem Vater, der Arzt ist, und was er von seinen Kollegen gehört hat. Aber der konkrete Begriff war mir unbekannt. Ich habe auch meine Freunde gefragt, ob sie je etwas über „medizinischem Rassismus“ gehört haben. Eine der Antworten, die ich bekam, war „Bro, das ist woke nonsense“. Während ich verstand, dass das wahrscheinlich einfach witzig gemeint war, und nicht auf irgendeine Art und Weise rassistisch, ist mir diese Antwort im Gedächtnis geblieben. Denn es gibt definitiv Menschen, die so denken. Schon mehr als einmal habe ich im Internet erlebt, wie Rassismus, der in „Kleinigkeiten“ gefunden wird, wie Pflaster, die eigentlich für weisse Haut kreierte wurden, als „woke“ bezeichnet wird.

Die moderne Sensation, dass alles als „woke“ betitelt wird, kommt aber nicht aus dem nirgendwo. „Woke“ ist kein neutraler Begriff. Er ist politisch aufgeladen und bezeichnet den Appell an Bewusstsein und Achtsamkeit. Vom Wort „to wake“ (=aufwachen) abgeleitet heisst es eigentlich wachsam zu bleiben gegenüber sozialer Ungerechtigkeit, besonders gegenüber Rassismus. Im politischen Diskurs wird „woke“ für die überempfindlich, ideologisch getriebene Linke genutzt. Es ist klar, dass dieser Begriff heute politisch polarisiert ist, und es wird sofort klar gemacht, aus welcher Perspektive man spricht.

Wenn nun heutzutage Rassismus, der im medizinischen Raum geschieht, so bezeichnet wird, werde ich stutzig. Wieso wird ein Thema, das so viele betrifft wie Rassismus, als überempfindliche Observation bezeichnet?

Historisch kann man vor allem in den amerikanischen Staaten, in denen diese Thematik öfter thematisiert wurde als in den meisten europäischen Ländern, sehen wie medizinischer Rassismus sehr heruntergespielt wird. In The Wall Street Journal schrieb Dr. Sally Satel einen Artikel mit dem Titel „Racist Doctors? Don’t believe the Media Hype.“³⁸ Die Idee, dass Rassismus als ein Grund für gesundheitliche Ungleichheiten aufgeführt wurde, wurde offen infrage gestellt. So hat auch Kenneth Baldwin, stellvertretender Leiter der Abteilung für öffentliche Gesundheit in Wisconsin, 2001 behauptet, es sei naiv Rassismus als Grund für Ungleichheiten im Gesundheitswesen zu nutzen. Stattdessen gab er Armut an als Grund für eine höhere Todesfallrate bei der schwarzen Bevölkerung der Staaten.³⁹

Wenn man diese Aussagen ohne Kontext liest, könnte man leicht glauben, dass gesundheitliche Ungleichheiten primär auf andere strukturelle Probleme zurückzuführen sind und Rassismus nur eine Nebenursache sei. Doch mit den folgenden Kolumnen möchte ich

³⁸ Satel, Sally (April 4, 2002): Racist Doctors? Don’t Believe the Media Hype, The Wall Street Journal

³⁹ Vgl.: Milwaukee Journal Sentinel (April 16, 2001): U.S. Practices a System of Medicine that Shortchanges Minorities and Women

aufführen, weshalb Rassismus historisch, sozial, wirtschaftlich und politisch all seine Spuren im Gesundheitssystem hinterlässt.

Dass das Ansprechen von Rassismus meist direkt als „woke“ bezeichnet wird, liegt vielleicht nicht daran, dass man über Rassismus redet, sondern wie man das tut. Viele fühlen sich sofort persönlich angegriffen, wenn sie das Wort „Rassismus“ hören, als wäre es eine böswillige Unterstellung oder ein moralisches Urteil. Aber so sollte es nicht sein. Rassismus ist ein System aus Strukturen, Routinen und Denkweisen, die meist ganz ohne böse Absicht fortbestehen. Und vielleicht geht es bei den Gesprächen über Diskriminierung nicht um Empörung, sondern einfach um Aufmerksamkeit. Oder, um es im ursprünglichen Sinn zu sagen, woke.

12.2 Ein System hinter der Höflichkeit

Wie versteckte Denkmuster sich höflich tarnen

Ich habe vor kurzem einen Artikel gelesen darüber, dass es schwer ist Rassismus zu erkennen und sogar noch schwerer ihn zu definieren⁴⁰. Interessant daran fand ich, dass die Autorin, Alana Lentin, eine Professorin an der Western Sydney University, behauptet, dass wir nie die wirkliche Definition von Rassismus in den Schulen lernen, sondern nur, dass er falsch ist. Deshalb kommt es auch zu ergebnislosen Diskursen, die nicht zu Lösungen führen, da man sich sofort attackiert fühlt, wenn man als rassistisch bezeichnet wird.

Beim Wort „Rassismus“ denkt man zuerst an die Beleidigungen, die extreme Gewalt oder „offensichtliche“ Diskriminierung. Das, was plakativ gesprochen „eindeutig rassistisch“ ist. Genau so macht sich Rassismus jedoch schwer erkennbar. Meistens zeigt er sich leise, höflich und unauffällig. Im Englischen gibt es einen Begriff, der sich übersetzt „Mikroaggression“ nennt. Damit bezeichnet man laut Oxford Dictionary „eine Aussage, Handlung oder ein[en] Vorfall, der als Beispiel für indirekte, subtile oder unbeabsichtigte Diskriminierung oder Vorurteile gegenüber Mitgliedern einer marginalisierten Gruppe, beispielsweise einer ethnischen Minderheit, angesehen wird“. ⁴¹

In dieser Debatte ist es zudem wichtig, Rassismus und Diskriminierung nicht miteinander zu verwechseln, sondern sie bewusst zueinander in Beziehung zu setzen. Diskriminierung beschreibt das sichtbare Verhalten, wie jemanden auszuschliessen, zu benachteiligen oder schlechter zu behandeln wegen Hautfarbe, Herkunft oder Sprache. Rassismus hingegen ist leiser und tiefer verankert. Er ist keine einzelne Tat, sondern eine Ideologie. Eine Denkweise, die entscheidet, wer als kompetent gilt, wer als glaubwürdig, wer als schützenswert und wer nicht.

Mikroaggressionen sind an sich keine Ideologie, denn das würde implizieren, dass man von den rassistischen Werten überzeugt ist. Sie sind vielmehr die alltäglichen Spuren einer rassistischen Ideologie, die festlegt, wer dazugehört und wer ständig infrage steht. Sie kommen oft höflich daher, fast unscheinbar, manchmal sogar gut gemeint. „Oh, du sprichst aber gut Deutsch!“ ist dann vielleicht doch eine Aussage, die mir zeigt, dass nicht erwartet wird, dass jemand, der so aussieht wie ich, so gut Deutsch sprechen könnte. Aber ein Lächeln reicht, und alles wirkt plötzlich unverfänglich. Gerade deshalb bleiben diese rassistischen Spuren unsichtbar. Und genau darin liegt ihre Macht.

Diese Definitionen hatte auch ich als dunkelhäutige Person kaum auf dem Schirm. Ich habe viele persönliche Erfahrungen mit Mikroaggressionen, die ich jedoch lange nicht als Rassismus für mich kategorisiert habe, sondern einfach als zweideutige Komplimente. Ich habe gelernt, diese Situationen wegzulächeln. Nicht, weil sie harmlos waren, sondern weil mir nie beigebracht wurde, sie anders zu benennen. Warum denn mein Hochdeutsch so fehlerfrei

⁴⁰ Vgl.: Lentin, Alana (27.11.2018): Why racism is so hard to define and even harder to understand, <https://theconversation.com/why-racism-is-so-hard-to-define-and-even-harder-to-understand-106236> [01.08.2025]

⁴¹ Oxford English Dictionary (June 2025): microaggression (n.), https://www.oed.com/dictionary/microaggression_n?tab=meaning_and_use&tl=true#1223458570 [07.10.2025]

sei, obwohl ich Deutsche bin, weshalb meine Haare so wirr seien und wie lange es dauern würde, um sie zu „zähmen“, und ob mein Vater noch in meinem Leben sei. Alles Kommentare, die auf Vorurteile über meine Herkunft und Hautfarbe basieren. Aber sie wurden alle mit einem Lächeln verpackt, und so höflich, sodass ich sie meist nicht als Diskriminierung mit rassistischem Hintergrund bemerkt habe. Sicherlich haben auch nicht alle Menschen, die je Mikroaggressionen gezeigt haben, es immer mit böser Absicht gemeint. Doch es zeigt sich eine klare Struktur, ein systematisches Denken, das sich durch unsere Gesellschaft zieht.

Deshalb ist es auch so schwer, Rassismus in der Medizin zu bemerken. Nicht, weil er nicht existiert, sondern weil er nicht immer so aussieht, wie wir ihn uns vorstellen würden. Er zieht sich flüsternd durch Strukturen und Routinen.

12.3 Weisse Norm, schwarze Ausnahme

Standardpatienten, Differenzierungen und die Spaltung der Versorgung

Im Medizinstudium lernt man, dass der menschliche Körper universell ist. Muskeln sind Muskeln, Zellen sind Zellen, und auch die Diagnose ist für alle gleich. Also so sollte es jedenfalls sein.

Op-Med ist eine Webseite, bei der Student:innen und Ärzt:innen anonym oder unter echtem Namen Beiträge und Kommentare zu freien Themen schreiben können. Einer dieser Beiträge sprang mir ins Auge aufgrund des Einführungssatzes: „Black bodies are dying, and medical schools are partially to blame.“⁴² Ein starkes Statement, das auf den ersten Blick vielleicht übertrieben wirkt, bei genauerem Hinsehen aber eine realistische Kritik enthält. Der/ die Autor:in des Beitrags erklärt, wie im Dermatologie-Unterricht dunklere Haut die Ausnahme war. Auf die Frage hin, wie die Identifizierung von Hautkrankheiten an einer anderen Hautfarbe aussieht, hat der/die Professor:in auf eine Vertiefung im tatsächlichen Dermatologie-Studium verwiesen. Wie identifiziert man eine Hautkrankheit, die sich mit Rötung auffällig macht, an dunkler Haut? Rote Pusteln, Ausschläge und andere Anomalien? Die implizite Erwartung, dass Krankheiten an heller Haut automatisch erkannt werden, während für dunklere Haut eine spezielle Schulung nötig ist, vermittelt ein klares Bild: Helle Haut gilt als Norm. Dunkle Haut ist die Ausnahme.

In meinem Interview mit Iris Ritzmann, einer Ärztin, die damals in Zürich Medizingeschichte studierte und auch weiterhin als Forscherin tätig ist, wurde mir nochmals klar, wie der sogenannte „Standardpatient“ auch eurozentrisch geprägt ist. Man muss aber laut ihr auch ganz klar sagen, dass im 16., 17., und auch noch 18. Jahrhundert dunkelhäutige Menschen in Europa eine grosse Ausnahme waren. Das ist sicherlich wichtig anzumerken, zumal das etwa der Zeitraum war, in dem grosse medizinische Fortschritte erzielt wurden.⁴³ Erst im 20. Jahrhundert, infolge von Kolonialismus, entstand die ausgeprägtere Hierarchisierung, die bis heute Strukturen und Machtverhältnisse formt.

Als ich mit einem Klassenkameraden über diese Erkenntnisse gesprochen habe, bekam ich eine Antwort, auf die ich nicht wusste, wie ich genau darauf reagieren sollte. „Warum soll sich denn überhaupt die Medizin in einem westlichen Land an allen Bevölkerungsgruppen orientieren? Was für ein Interesse hätte sie überhaupt daran?“ Über diese Frage musste ich tatsächlich etwas länger nachdenken, obwohl es mir zunächst so schien, als ob die Antwort klar war. Ein Land, das soziale und medizinische Hilfe für alle anbietet, sollte auch richtige, angepasste Hilfe bereitstellen. Dass zu Zeiten der Kolonialmedizin, einer Epoche, in der Forschung oft auf die Bedürfnisse der Kolonisierenden zugeschnitten war und marginalisierte Gruppen weitgehend ausgeschlossen wurden, nicht alle Bevölkerungsgruppen Teil der Forschung waren, ist keine Ausrede dafür, heute keine Änderungen vorzunehmen. Anpassung an dem demografischen Wandel muss möglich sein. Wenn ich ein Anatomiebuch öffne, und

⁴² Op-Med (20.07.2020): 'White' Should Not Be the Medical Standard, <https://opmed.doximity.com/articles/white-should-not-be-the-medical-standard> [06.10.2025]

⁴³ Wikipedia: Zeittafel medizinischer Fortschritte, https://de.wikipedia.org/wiki/Zeittafel_medizinischer_Fortschritte [30.10.2025]

sehe, dass der Standard jung, weiss und männlich ist, dann zeigt sich für mich, dass Neutralität in der Medizin eine Illusion ist.

Auch wenn die Inklusion von verschiedenen Gruppen wie Frauen oder Nicht-Europäern in der Forschung jetzt vermehrt aufkommt, entsteht dann auch die Frage der erneuten Spaltung. Würde der Fokus auf die Unterschiede bei Diagnosen und Forschungen an unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen nicht nur die Unterschiede zwischen Menschen übertönen und neue Spaltungen entstehen lassen?

In England zeigt sich beispielsweise ein bitterer Alltag: Herzinfarkte bei Frauen äussern sich oft anders als bei Männern, andere Schmerzen, andere Warnzeichen. Doch Ausbildung und Leitlinien basieren auf dem „Standardpatienten“: Männer. Wer nicht diesem Bild entspricht, wird häufig spät erkannt, falsch gedeutet oder nicht ernst genommen. Demzufolge werden Frauen 11% seltener zur Spezialbehandlung überwiesen als Männer.⁴⁴ Die Diagnose allein entscheidet nicht über die Versorgung und genau hier entstehen neue Gräben: Patient:innen werden zu Ausnahmen, müssen kämpfen, erklären, sich beweisen. Ein Fokus auf Unterschiede, verschärft die Spaltung zwischen „Norm“ und „Abweichung“, zwischen ernstgenommen und übersehen.

In vielen Bereichen unserer Gesellschaft sehen wir, dass bestimmte Gruppen systematisch als minderwertig ausgegrenzt wurden, ein Zustand, der in einer demokratischen Gesellschaft selbstverständlich keinen Platz haben sollte. Gleichzeitig ist es ein schwieriger Balanceakt, die spezifischen Bedürfnisse und Eigenschaften ethnischer Gruppen zu erforschen, ohne sie in starre Kategorien zu pressen. Ich glaube, dass solche Differenzierungen zwangsläufig entstehen werden, und dass das nicht zwangsläufig etwas Schlechtes sein muss. Also ja, die Differenzierung bei der Diagnose von Herzinfarkten zwischen Männern und Frauen ist auf jeden Fall wichtig und notwendig, um eine gerechte Versorgung zu erreichen, aber wir müssen aufpassen, dass diese Unterschiede nicht als Ausrede dienen, Patient:innen unterschiedlich ernst zu nehmen. Wie wir mit ihnen umgehen, ist die wahre Herausforderung. Vielmehr geht es um die zentrale Frage: Wie kann man dafür sorgen, dass diese Differenzierungen keine diskriminierende Wirkung mit sich bringen?

Die Frage meines Klassenkameraden, warum sich eine westliche Medizin überhaupt an alle Bevölkerungsgruppen orientieren sollte, ist damit gar nicht so provokant, wie sie zunächst klingt. Sie zeigt einfach nur, wie selbstverständlich wir davon ausgehen, dass «weiss» der Ausgangspunkt ist, und dass alles andere Ausnahmen sind. Vielleicht ist dann auch der erste Schritt nicht nur über Diversität, sondern auch Normalität zu reden, und darüber, wer diese überhaupt definiert.

⁴⁴ Piercy, Laura (05.06.2025): Women less likely to receive treatment for deadly heart condition, <https://www.bhf.org.uk/what-we-do/news-from-the-bhf/news-archive/2025/june/women-less-likely-to-receive-treatment-for-deadly-heart-condition> [01.11.2025]

12.4 Wenn Geld die Stimme hat

Warum manche Stimmen in der Gesundheitspolitik nie gehört werden

Letztes Jahr war ich mit meiner Klasse in England bei einem Sprachkurs, und wir haben über alles Mögliche diskutiert, auch über Politik und wie Entscheidungen eigentlich getroffen werden. Zugegeben, einige Lektionen waren sehr trocken, aber ein Satz, den ein Mitschüler sagte, blieb mir:

„Honestly, lobbying is just legal corruption.“

Ich wusste damals nicht, was Lobbyismus ist, aber ich muss ehrlich sein, dieser Satz hat mich zum Denken gebracht.

Heute verstehe ich Lobbyismus als Interessenvertretung, also den Versuch von Gruppen, politische Entscheidungen zu beeinflussen. Dabei „lobbyieren“ grosse Akteure wie beispielsweise im Gesundheitswesen Pharmafirmen, Krankenkassen, Spitäler oder Medizintechnik-Unternehmen, um Preise, Zulassungen, Tarife oder Digitalisierung zu beeinflussen. Das passiert über direkte Gespräche mit Politiker:innen, über Studien und finanzierte Gutachten.⁴⁵ Lobbyismus ist legal, aber ungleich verteilt. Mächtig sind die, die Geld, Wissen und Zugang haben. Kontakte zu hochrangigen Politikern sind da der entscheidende Türöffner. Und wenn ich „Macht“ sage, meine ich, wirkungsvoll entscheiden, wessen Gesundheit zählt, und wessen nicht.

Frag dich mal ehrlich: Wer hat im Gesundheitswesen eine starke Lobby? Sicher nicht Patient:innen. Sicher nicht Pflegekräfte. Und ganz sicher nicht migrantische Communities oder Menschen ohne sicheren Aufenthaltsstatus. Warum sollte ein System, das auf Profit und Interessen basiert, eine Lobby ernst nehmen, die kein Geld, keine Ressourcen, keine gut vernetzten Expert:innen und keine greifbaren finanziellen Gewinne verspricht? Genau darin liegt das Problem: Lobbyismus entscheidet darüber, wer gehört wird, und damit auch, wessen Gesundheit politisch priorisiert wird.

Das hat reale Konsequenzen. Im Schweizer Bundeshaus wirken Lobbygruppen aus der Gesundheitsbranche massiv auf Gesetzgebung und Reformen ein. Eine Auswertung zeigt, dass zahlreiche Parlamentarier:innen gleichzeitig Mandate oder Verbindungen zur Pharmaindustrie, zu Spitälern oder Krankenkassen haben. Diese Vernetzung behindert oftmals kostendämpfende Reformen wie Referenzpreissysteme für Medikamente oder den Ausbau von Hausarzt-Modellen, obwohl sie gerade vielen Patient:innen helfen könnten.⁴⁶ Ebenso wurde dokumentiert, dass Pharmafirmen, Spitäler und Ärzteorganisationen den Vorschlag von

⁴⁵ JUGEND PRÄGT (28.01.2025): Was ist Lobbyismus? 🍌, <https://www.youtube.com/watch?v=c4lZ5t63Syw> [17.10.2025]

⁴⁶Watson (1.10.2023): Warum die mächtige Gesundheitslobby im Bundeshaus ein Problem ist, <https://www.watson.ch/zuerich/zueritoday/574462495-warum-die-maechtige-gesundheitslobby-im-bundeshaus-ein-problem-ist> [17.10.2025]

Bundesrat Alain Berset zur Senkung der Generika-Preise aktiv bekämpfen, weil ihre Interessen stärker durchgesetzt werden als die der Versicherten oder Prämienzahler:innen.⁴⁷

Lobbyismus wirkt oft harmlos, sachlich, fast unsichtbar. Aber unter der Oberfläche reproduziert er Machtverhältnisse. In einem System, das den „weissen, wohlhabenden Standardpatienten“ als Norm setzt, profitieren automatisch diejenigen, die diesem Bild entsprechen. Für migrantische Gruppen sieht die Realität anders aus. Sie sind nicht nur oft finanziell schlechter gestellt⁴⁸, aber auch ihre Bedürfnisse bleiben im System ungesehen. Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede, Vorurteile über Herkunft oder Religion bedeuten, dass Dolmetscher:innen fehlen, kultursensible Beratung selten ist und Präventionsprogramme oft zu spät oder gar nicht ankommen. Das ist nicht unbedingt Absicht einzelner Menschen, es ist strukturell. Und genau darin liegt die Wirkung: Das System, das Lobbyismus ermöglicht, formt Normen, und wer nicht hineinpassen will oder kann, wird marginalisiert.

Aber Lobbyismus könnte auch wirklich etwas verändern. Wenn er fair und demokratisch organisiert wäre, also für Patient:innen, Pflegekräfte, migrantische Communities und alle, die bisher kaum gehört werden. Dann könnte er politische Prioritäten verschieben. Ich frage mich oft: Warum sollte Gesundheit nur denen dienen, die sowieso schon sichtbar und profitabel sind? Lobbyismus ist nicht unbedingt schlecht, er kann auch ein Werkzeug sein, um Gesetze durchzubringen, die soziale Gerechtigkeit und echte Gleichberechtigung fördern. Die Stimme des Volkes, die Stimme derer, die wirklich ein Sprachrohr in der Politik brauchen, kann durch den Lobbyismus verstärkt werden. Eine Stimme und eine Garantie, dass wir gehört werden können, könnte so viel ändern.

Und doch, wenn ich ehrlich bin, frage ich mich, ob das je wirklich funktionieren wird. Lobbyismus könnte theoretisch für Patient:innenrechte kämpfen, für gerechtere Versorgung, für migrantische Communities, für alle, die bisher unsichtbar bleiben. Aber ich sehe es einfach nicht. Das System ist zu stark. Die, die Geld, Kontakte und Zugang haben, bestimmen, worüber überhaupt geredet wird. Wer keinen Profit bringt, keine Lobby, für den passiert selten etwas. Und das macht mich wütend und resigniert zugleich. Es fühlt sich an, als wäre die gerechte Nutzung von Lobbyismus ein schöner Traum, aber im echten Leben eine fast unmögliche Aufgabe.

Es ist nicht fair. Es ist nicht gerecht. Es ist aber einfach Realität. Und ja, vielleicht bleibt der Kampf gegen diese Strukturen ein Kampf, den man verlieren wird, auch wenn er nötig ist.

⁴⁷ Imboden, Priscilla (20.02.2020): Das Lobbying der Pharmabranche funktioniert, <https://www.srf.ch/news/schweiz/schweizer-medikamentenpreise-das-lobbying-der-pharmabranche-funktioniert> [17.10.2025]

⁴⁸ Schweizer Radio und Fernsehen (27.07.2021): Menschen mit Migrationshintergrund zahlen zehn Prozent mehr Miete, <https://www.srf.ch/news/schweiz/mehr-migration-mehr-miete-menschen-mit-migrationshintergrund-zahlen-zehn-prozent-mehr-miete> [17.10.2025]

12.5 Aktenlage oder Einzelfall?

Wer beweist den Schmerz, der keine Spur hinterlässt? Warum das Gesundheitswesen endlich aufhören muss von Einzelfällen zu sprechen.

Wenn eine schmerzhafteste, zutiefst persönliche Erfahrung sofort als „Einzelfall“ bezeichnet wird, wird es beinahe unmöglich, Rassismus überhaupt als Problem zu erkennen. Die Bezeichnung „Einzelfall“ wirkt wie ein Radiergummi. Sie löscht schmerzhafteste Erfahrungen, noch bevor sie Bedeutung entfalten dürfen. Der Rassismus verschwindet im Moment seiner Benennung. Und doch ist er da. Nicht dort, wo man gelernt hat, ihn zu suchen, nicht in den klar markierten Skandalen, sondern in den leisen Zwischenräumen, in denen niemand Protokoll führt.

Vor Kurzem sass ich in der Bahn, als ich bemerkte, dass der Mann neben mir heimlich Fotos von mir machte. Später sah ich, dass er sie verschickt hatte, mit der Bildunterschrift „beside me a black islam“ und einem Kotz-Emoji. Als ich ihn konfrontierte, hüllte er sich in Schweigen, ein Schweigen, das am Abend am Telefon mit der Polizei seine Fortsetzung fand. „Ohne Identifikation bringt eine Anzeige wenig“, hiess es dort. Mir war es nicht einmal wichtig, dass der Mann bestraft wird, ich wollte einfach gesehen werden. Ich wollte, dass gesehen wird, wie ich behandelt wurde, aber laut dem Polizisten könnte ich mir das Billett nach Uster zur Kantonspolizei sparen.

Ich will diese Reaktion des Polizisten nicht rassistisch nennen. Aber sie erzählt etwas. Sie erzeugt ein Narrativ, dass es sich nicht lohnt, solche Fälle zu melden. Dass sie zu klein, zu diffus, zu folgenlos sind, um festgehalten zu werden. Aber was nicht dokumentiert wird, verschwindet. Nicht, weil es harmlos wäre, sondern weil es keine Akte bekommt.

Wenn dieses Denken bereits im öffentlichen Raum greift, lässt sich erahnen, was es im Gesundheitswesen bedeutet. Dort, wo Machtverhältnisse noch klarer sind und Abhängigkeiten grösser. Dort, wo Patient:innen selten widersprechen, sondern hoffen, ernst genommen zu werden. Ein ungutes Gefühl, eine abwertende Bemerkung, eine übergangene Beschwerde, all das landet selten im Dossier. Es wird erklärt, relativiert oder gar nicht erst ausgesprochen. Das Problem liegt nicht nur im fehlenden Willen. Rassismus muss konkret, eindeutig und nachweisbar sein, um anerkannt zu werden. Das Subtile fällt durch dieses Raster. Und so tragen Betroffene nicht nur die Erfahrung, sondern auch die Beweislast.

Die Frage, wie Rassismus als System überhaupt bewiesen werden kann, ist eine schwere, aber nach langer Recherche bin ich zum Schluss gekommen, dass eine Analyse von Trends und Tendenzen in unterschiedlichen Gebieten den Bias aufdecken kann. Während sich in den USA viele studienbezogene Erhebungen nach ethnischen Merkmalen finden lassen, wie beispielsweise Unterschiede in der Behandlung von Lungenkrebs in frühem Stadium⁴⁹ oder wie sich die Qualität von Patient:innengesprächen je nach Herkunft oder Aussehen des/der Patient:in⁵⁰ ändert, gibt es kaum Derartiges hier in der Schweiz. In den USA aber, ist das

⁴⁹Vgl.: Bach, Peter B. et al (14.10.1999): Racial Differences in the Treatment of Early-Stage Lung Cancer. New England Journal of Medicine 341.

⁵⁰ Vgl.: Johnson, Rachel L. et al. (December 2004): Patient Race/Ethnicity and Quality of Patient-Physician Communication During Medical Visits. American Journal of Public Health 94.

Thema „race“ also „Rasse« ein etwas anderes. Während wir hier nie von „Menschenrassen“ sprechen würden, ist das in den USA ein Teil der Identitätspolitik der Amerikaner. Formulare bei Studienbewerbungen oder auch Anträge für Behörden haben Ankreuzboxen für die Angabe von Rasse und ethnischer Zugehörigkeit. Hier jedoch sind wir nicht sehr sensibilisiert für das Wort „Rasse“ und dementsprechend zurückhaltend bei der Dokumentation auf der Basis von Rasse und ethnischer Zugehörigkeit.

Deutschland ist aber seit Neustem auch auf dem Weg, mehr Daten zu diesem Thema zu erheben und Studien zu erstellen: So hat der Nationale Diskriminierungs- & Rassismusmonitor 2023 einen Bericht mit Schwerpunkt Gesundheit⁵¹ veröffentlicht, der mit eindeutigen Daten eine verstärkte Diskrepanz zwischen der Behandlung von ausländisch markierten Personen und anderen zeigt. Die Projektleiterin des Bereichs Rassismusprävention in der Lausanner Fachstelle „Bureau lausannois pour les immigrés“ (BLI), Vanessa Kangni, fordert auch für die Schweiz eine zentrale Erhebung von Daten zu rassistischer Diskriminierung⁵², um rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen klarer sichtbar zu machen. Ihre Forderung trägt besonderes Gewicht, weil das BLI eine der wichtigen und einflussreichen Stellen für Rassismusprävention in der Schweiz ist, insbesondere in der Romandie.

Die Grundlage der zentralen Dokumentation fehlt. Deshalb ist es entscheidend, dass Gesundheitseinrichtungen aktiv aufklären: Personal sollte regelmässig geschult werden, subtile und systemische Formen von Rassismus zu erkennen, und Patient:innen sollten informiert werden, welche Rechte sie haben, welche Anzeichen diskriminierender Behandlung es gibt und wohin sie sich wenden können. Nur so entsteht die Möglichkeit, dass Vorfälle überhaupt erfasst, analysiert und thematisiert werden. Meine Vision ist eine Versorgung, in der Rassismus nicht mehr durch Unsichtbarkeit verstärkt wird: mit klaren Meldewegen, Schulungen für Personal, leicht zugänglichen Beratungsstellen und einer Kultur, die systematische Benachteiligung ernst nimmt. Solange diese Strukturen fehlen, bleibt für Betroffene das Gefühl, allein gelassen zu werden. Und so bleibt vielen die Angst vor dem nächsten Arztbesuch.

⁵¹Vgl.: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) (07.11.2023): Rassismus und seine Symptome, https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/2023-11-07_NaDiRa-2023_Pressematerialien.pdf [16.10.2025]

⁵² Vgl.: Riss, Nora (28.04.2025): Rassismus im Gesundheitswesen, <https://www.humanrights.ch/de/fachstellen/fachstelle-diskriminierung-rassismus/rassismus-gesundheitswesen> [05.07.2025]

12.6 Der Marktwert des Schmerzens

Wie Forschungsgelder die Hierarchie des Leidens zementieren

Ich konnte nicht wegsehen, obwohl jede Faser in mir es wollte. Das Video⁵³ auf meinem Feed war kein gewöhnlicher Content, kein kurzer Clip zum Abschalten. Es war ein junger Mann, kaum älter als ich, mitten in einer Schmerzkrisis der Sichelzellanämie. Er lag da, sein Körper so verkrampft. Er versuchte zu sprechen, aber der Schmerz hatte ihm die Sprache verlangsamt. Es war eine Panik in seinem Blick, die man nur hat, wenn der eigene Körper zum Folterkeller wird und man weiss: Niemand im Raum versteht wirklich, was gerade passiert. Dieses Bild verfolgt mich, weil es die hässliche Wahrheit unserer modernen Medizin offenlegt. Die Schmerzen des Jungen sind nicht nur ein biologischer Defekt, sie sind ein Politikum.

Ich denke oft an die Menschen, die jeden Tag gegen ihre eigenen Körper kämpfen. Sichelzellanämie ist nicht einfach nur ein medizinischer Begriff, es ist Blut, das sich verformt, Schmerz, der lähmt, und Organe, die leiden. Die roten Blutkörperchen verkrümmen sich zu starren Sichel, verklumpen und verweigern dem Leben den nötigen Sauerstoff. Weltweit sind 20 bis 25 Millionen Menschen direkt betroffen, besonders Menschen afrikanischer Herkunft.⁵⁴ Die Mutation entstand historisch als Schutz gegen Malaria. Ein biologisches Erbe, das heute zum Fluch wird. Rund 300 Millionen Menschen tragen das Gen, oft ohne Symptome, doch sie tragen das Risiko wie einen schlummernden Schatten in sich.⁵⁵ Die Biologie erklärt zwar, warum bestimmte Gruppen häufiger betroffen sind, aber sie erklärt nicht, warum die Welt weniger zuhört.

Die Forschung hat glücklicherweise Fortschritte gemacht. CRISPR-basierte Gentherapien, wie Genom-Editierungstechnologien, bringen Hoffnung. Manche Patient:innen erleben schon eine funktionale Heilung. Klinische Studien laufen weltweit, erste Zulassungen existieren. Doch der Fortschritt hat einen Preis und eine Geografie. Pro Jahr investiert das National Institutes of Health (NIH) rund 100 Millionen USD pro Jahr in die Forschung.⁵⁶ In Europa sind die Investitionen mit etwa 10 Millionen Euro deutlich geringer, doch im Verhältnis zur Zahl der Betroffenen bleiben sie ein Tropfen auf den heißen Stein.⁵⁷

Mukoviszidose, auch cystische Fibrose (CF) genannt, ist eine seltene Krankheit, die weltweit etwa 160'000 Menschen betrifft, überwiegend Personen europäischer Abstammung. Dabei führt der Gendefekt hier zur Bildung von zähem Schleim in der Lunge und im Verdauungstrakt. Chronischer Husten, Atemnot und Verdauungsprobleme bestimmen hier den

⁵³ Video von @jaydensalaam (22.02.2025), <https://vm.tiktok.com/ZGdm2hqGm/> [20.10.2025]

⁵⁴ Wikidoc (01.08.2018): Sickle-cell disease epidemiology and demographics, https://www.wikidoc.org/index.php/Sickle-cell_disease_epidemiology_and_demographics [20.10.2025]

⁵⁵ DocCheck Flexicon: Sichelzellanämie, <https://flexikon.doccheck.com/de/Sichelzellan%C3%A4mie> [20.10.2025]

⁵⁶ National Institutes of Health (13.09.2018): NIH launches initiative to accelerate genetic therapies to cure sickle cell disease, <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nih-launches-initiative-accelerate-genetic-therapies-cure-sickle-cell-disease> [20.10.2025]

⁵⁷ Institut Imagine (28.03.2024): Institut Imagine (Paris) will coordinate a Horizon Europe-granted project on genome editing approaches to treat sickle cell disease, <https://www.institutimagine.org/en/institut-imagine-paris-will-coordinate-horizon-europe-granted-project-genome-editing-approaches> [20.10.2025]

Alltag.⁵⁸ Doch die Zahlen sprechen eine deutliche Sprache der Ungleichheit. Investitionen für die CF-Forschungen bekommen fast viermal so viel Geld pro Patient:in wie die Sichelzellanämie.⁵⁹ In der Theorie sind beide Krankheiten schwere, genetische Bürden. In der Praxis jedoch wird das eine Gen als nationale Priorität behandelt, das andere als stilles Randphänomen.

Medizinische Forschung wird aus verschiedenen Quellen bezahlt: aus Steuergeldern, aus privaten Spenden an Stiftungen und aus der Pharmaindustrie. Und alle drei folgen eigenen Interessen.⁶⁰ Staaten finanzieren Projekte, die politisch wichtig erscheinen und deren Finanzierung positive Rückwirkungen auf die öffentliche Wahrnehmung oder politische Unterstützung hat. Stiftungen fördern Krankheiten, mit denen sich ihre meist wohlhabenden Spender:innen identifizieren. Pharmafirmen investieren dort, wo sich Medikamente profitabel verkaufen lassen. Deshalb fließt mehr Geld zu Krankheiten, die privilegierte, gut vernetzte und zahlungskräftige Gruppen betreffen, und weniger zu denen, die vor allem marginalisierte Menschen krank machen. Das ist kein Zufall, das ist Struktur.

Wir brauchen Geld und Sichtbarkeit in der Forschung nicht aus Prestige Gründen, sondern weil sie entscheiden, wer überlebt. Forschung bedeutet Aufmerksamkeit, Aufmerksamkeit bedeutet Tempo, und Tempo bedeutet für viele Menschen mit Sichelzellanämie schlicht weniger Schmerz und mehr Leben. Diese Krankheit könnte eine Schlüsselrolle spielen, weil sie alles offenlegt, was im System schief läuft. Sie ist genetisch klar, medizinisch lösbar, wissenschaftlich längst nicht mehr exotisch. Und trotzdem bleibt sie unterfinanziert. Wenn sich Interessen verschieben würden, weg von der gnadenlosen Marktlogik, hin zur globalen Krankheitslast, und weg von Lobbykraft, hin zu tatsächlichem Leid, dann könnte die Sichelzellanämie zeigen, wie gerechte Medizin aussieht.

Aber ich zweifle. Solange Sichtbarkeit vom richtigen Pass, der richtigen Hautfarbe und der richtigen Kaufkraft abhängt, bleibt die Hoffnung politisch, nicht medizinisch. Und genau deshalb müssen wir darüber schreiben, sprechen, laut bleiben. Denn ohne Druck ändert sich nichts. Das Blut mag bei allen rot sein, doch der Wert, den wir ihm zuschreiben, ist es noch lange nicht.

⁵⁸Vgl.: Lungeninformationsdienst (11.12.2023): Mukoviszidose: Verbreitung, <https://www.lungeninformationsdienst.de/krankheiten/mukoviszidose/verbreitung> [20.10.2025]

⁵⁹Vgl.: Muzambi, R. et al. (18.09.2025): Indicators of inequity in research and funding for sickle cell disease, cystic fibrosis and haemophilia: a descriptive comparative study, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40976242/> [20.10.2025]

⁶⁰Vgl.: World Health Organisation (Oktober 2024): Distribution of R&D funding flows for neglected diseases by source and type of funding, <https://www.who.int/observatories/global-observatory-on-health-research-and-development/monitoring/distribution-of-r-d-funding-flows-for-neglected-diseases-by-source-and-type-of-funding> [20.10.2025]

12.7 Ungleiche Chancen, ungleiche Heilung

„Habibti, sag dem Arzt, dass es sticht“ – Wenn Kinder die einzige Stimme ihrer Eltern sind.

Viele Kinder in deutschsprachigen Ländern, deren Eltern aufgrund einer migrantischen Vorgeschichte nicht gut Deutsch sprechen, haben schon mal die Erfahrung gemacht, dass sie Dokumente für ihre Eltern übersetzen sollten. Wie man die Wörter „Sozialamt“ oder „Gesundheitswesen“ genau ins Arabische übersetzt, weiss ich leider auch nicht, aber das musste ich zum Glück auch nicht oft. Mein Vater ist sehr versiert in der deutschen Sprache und konnte so immer gut zurechtkommen. Aber Ausdruck, Aussprache, Stil und Sprachgefühl sind nicht so einfach zu erlernen. Nein, im Gegenteil. Viele meiner Schulfreunde, die ihr ganzes Leben schon in Deutschland oder in der Schweiz gelebt haben, tun sich sehr schwer damit, sich eloquent und überzeugend auszudrücken. Deshalb kann ich es meinen Eltern auch nicht übelnehmen, wenn ich mal eine E-Mail an die Schule verfassen sollte. Oder wenn ein Vertrag gekündigt werden sollte. Oder auch, wenn meine Mutter beim Lernen auf ihre C2 Prüfung nicht verstanden hat, was verdammt nochmal das Sprichwort „Jeder ist seines Glückes Schmied“ heissen soll. Ich, die älteste Tochter, die ihr ganzes Leben lang Hochdeutsch spricht, habe schon früh als Kind Verantwortung übernommen, indem ich diese „Erwachsenenaufgaben“ gemacht habe. Aber ich weiss auch, wie es anders aussehen kann.

Ich habe vor kurzem das Buch „Mama, bitte lern Deutsch“ von Tahsim Durgun⁶¹ gelesen, und es hat mich emotional beeindruckt und berührt. Durgun erzählt von seiner Erfahrung, wie er seine Mutter zum Arzt begleiten musste, um zu übersetzen, und letztendlich auch eine schwerwiegende Diagnose seiner Mutter auf Kurdisch rüberbringen sollte. Diese emotionale und psychologisch komplexe Situation aus den Schuhen eines Minderjährigen zu erleben ist äusserst schwierig, dennoch leider Realität für viele. Der Zugang zu einer verständnisvollen Fachkraft und jemandem, der einem in einer Arztpraxis hilft - so verrückt wie das auch klingen mag - ist absolut nicht selbstverständlich. Vor allem nicht, wenn man migrantisch gelesen wird. Ein Kopftuch, einige Sprachfehler oder auch nur ein anderer ethnischer Hintergrund kann beeinflussen, ob man eine Diagnose bekommt, die einerseits rechtzeitig kommt, aber andererseits auch seriös ist.

Im Fall von Durguns Mutter wurden ihre Herzprobleme immer wieder auf ihr Alter geschoben, bis sie nach mehrmaligem Wechsel der Ärzte erst dann eine Diagnose bekam. Stell dir mal vor, dass das deiner Mutter, Tante, Schwester oder dir passiert. Was sagt das, über das Gesundheitssystem hier aus? Ist es wirklich ein effektives System, wenn Hautfarbe, Ethnie oder Glaube deine Diagnose beeinflussen kann? Nein, es ist einfach nur rassistisch. Dabei ist es kein Zufall, dass migrantische Gemeinschaften auch in der Schweiz statistisch gesehen öfter krank sind oder chronische Leiden entwickeln⁶². Die tägliche Belastung durch Diskriminierung, die Hürden im System und das ständige Gefühl, nicht verstanden zu werden, machen krank. Wir müssen endlich anfangen, diese Korrelation in der Schweiz systematisch

⁶¹ Durgun, Tahsim (2025): Mama, bitte lern Deutsch. München: Knauer

⁶²Vgl.: Fachstelle für Rassismusbekämpfung FRB: Wo wird diskriminiert?, <https://www.frb.admin.ch/de/wo-wird-diskriminiert> [20.12.2025]

zu erforschen. Wir brauchen Daten darüber, wie Rassismus krank macht, anstatt die schlechtere Gesundheit von Migranten als persönliches Schicksal abzutun.

Doch Kritik allein reicht nicht aus. Das Wort Rassismus „um sich herumwerfen“ ohne Vorschläge zu bringen ist nicht mein Ziel hier, denn das tue ich nicht. Diese eindeutigen Indizien auf strukturelle Probleme weisen auf etwas Grösseres hin, wobei kleine Unterschiede und die Umsetzung von Regelungen helfen können. Professionelle Dolmetscher:innen, die geschult und ausgebildet werden, sollten jedem zur Verfügung gestellt werden, der sie braucht. Das garantiert eine akkurate Übersetzung von all diesen medizinischen Begriffen, mit denen ich mich auf Arabisch beispielsweise schwertun würde. Ausserdem schützt das Familienmitglieder, denn es kann nicht sein, dass Kinder und Jugendliche von Migranten mit der Aufgabe konfrontiert werden, emotionale, aber auch fachlich umfangreiche Nachrichten korrekt zu übersetzen. Aber nicht nur das. Die Privatsphäre der Patient:innen muss ebenfalls gewährleistet werden muss. Vor den eigenen Kindern kann ein Arztbesuch demütigend sein, die ärztliche Schweigepflicht sollte auch ihnen zustehen.

Sprache ist kein Extra, kein Bonus, den man haben muss, um sich „besser“ im Gesundheitssystem zurechtzufinden. Sie ist die Grundlage dafür, überhaupt gehört zu werden. Wer nicht die richtigen Worte findet, kann Schmerzen nicht erklären, Angst nicht benennen und Entscheidungen nicht wirklich verstehen. Und wer nicht verstanden wird, hat keinen echten Zugang zur Gesundheit. Ich hatte das Glück, diese Verantwortung nicht übernehmen zu müssen, viele andere Kinder haben dieses Privileg aber nicht. Zugang zur Medizin darf aber kein Glücksfall sein, sondern muss für alle gleichermassen möglich sein.

12.8 Das Erbe der Kolonialmedizin

Die dunklen Wurzeln der wissenschaftlichen Forschung

Wenn wir über Medizin sprechen, schwingt immer ein Gefühl von Objektivität mit. Wir glauben, dass Wissenschaft neutral ist. Doch nach meinem Gespräch mit Iris Ritzmann, ehemalige Titularprofessorin für Medizingeschichte, bleibt von dieser Vorstellung wenig übrig. Neutralität in der Medizin? Laut Ritzmann sei sie eine reine Illusion. Es herrsche immer ein Bias, eine Voreingenommenheit, und geforscht werde dort, wo das Geld fließt.

Früher war Medizingeschichte an der Uni Zürich nur ein winziges Nebenfach, belächelt von Professoren, die es schlicht „nicht toll“ fanden. Doch das Blatt wendet sich. Die Studierenden von heute aus Deutschland und der Schweiz fordern dieses Wissen ein. Sie wollen verstehen, woher unser medizinisches Denken überhaupt stammt. Und die Antwort darauf führt uns direkt in ein dunkles Kapitel: die Kolonialzeit.

In dieser Ära hat sich eine gefährliche Hierarchie verschärft. Die westliche Medizin erhob sich über alles andere, unter dem Deckmantel „den anderen helfen zu wollen“. Doch hinter dieser Hilfe steckte oft brutale Gewalt. Ritzmann erzählte mir von einem Professor, der in Afrika Physiologie betrieb. Frauen mit schmalen Becken wurde bei der Geburt einfach die Symphyse (eine Verbindung zwischen zwei Knochen im Beckenbereich, gebrochen, um Platz zu schaffen. Diese Frauen konnten nie wieder richtig sitzen, geschweige denn schmerzfreien Geschlechtsverkehr haben. Sie wurden für „experimentelle“ Zwecke missbraucht. Es fällt schwer, Hilfe als rassistisch zu betiteln, aber wenn Menschen für Experimente misshandelt werden, nur weil sie auf Hilfe angewiesen sind, müssen wir das Problem beim Namen nennen.

Dabei vergessen wir oft, wie viel die europäische Wissenschaft eigentlich gestohlen hat. Der Wissensaustausch war keine Einbahnstraße. Ob chirurgische Instrumente oder die Destillation – vieles stammt aus dem arabischen Raum, wurde aber von Europäern einfach übersetzt, veröffentlicht und als eigene Leistung ausgegeben. Auch die Schweiz ist hier nicht unschuldig. Sie hat massiv von Kolonialwaren profitiert. Ein Bewusstsein für das koloniale Erbe der Schweiz fehlt in der breiten Öffentlichkeit noch fast völlig. Sogar in unseren Strassen versteckt sich dieser Rassismus. In Zürich gibt es eine Strasse, die nach Auguste Forel benannt ist, der offen über Rassentheorie forschte. Auch die alte Tausendernote bildete ihn ab. Warum ehren wir solche Figuren? Diese Debatte gibt es schon seit Jahren in den USA aufgrund von Statuen und Schulen, die nach Sklavenbesitzern benannt sind, aber dieses Bewusstsein wünsche ich mir auch hier. Wie kann man von der Geschichte lernen, ohne solche Figuren zu ehren? Was macht man mit solchen Statuen? Sollen sie abgerissen werden oder kreativ verändert werden, um ein Zeichen zu setzen?

Am Ende unseres Gesprächs blieb eine spannende Unstimmigkeit zwischen uns. Ritzmann findet es falsch, die Medizingeschichte zu instrumentalisieren, um ethische Aufklärungsarbeit zu leisten. Sie trennt die Wissenschaft von der moralischen Vermittlung. Ich weiss nicht, ob ich dem zustimmen kann. Hat die Geschichte nicht genau diese Aufgabe der Aufklärung? Die Fehler der Vergangenheit, die Grauen, die gegen bestimmte Bevölkerungsgruppen vollzogen wurden und die unaussprechlichen Ungerechtigkeiten sollten uns als Beispiel dienen, wie weit

wir als Menschheit einmal gegangen sind und wie es nie wieder sein sollte. Ich würde es nicht als Instrumentalisierung der Medizingeschichte bezeichnen, sondern einfach, als lernen von den eigenen Fehlern.

Auch wenn Ritzmann wegen der aktuellen gesellschaftlichen Spaltung eher pessimistisch in die Zukunft blickt, gibt es Hoffnung. Ein Rassismus, wie sie ihn früher bei Professoren an der Uni erlebt hat, würde heute nicht mehr durchgehen. Ein Umdenken ist im Gang und es fängt damit an, dass wir aufhören, die Medizin als unantastbar und neutral zu betrachten.

*Ritzmann, Iris (27.10.2025), ehemalige Titularprofessorin für Medizingeschichte UZH.
Interview.*

12.9 Zwischen Vertrauen und Misstrauen

Wie mein Vater als Arzt Rassismus sieht – und ich anders

Es ist jedes Mal ein bisschen ernüchternd, über Rassismus in der Medizin zu sprechen. Nicht, weil das Thema zu komplex wäre, sondern weil die Reaktionen so vorhersehbar sind. Manche sind überrascht, dass es ihn überhaupt geben soll. Andere winken ab. Und wieder andere erklären mir sehr geduldig, warum das alles eigentlich ganz anders gemeint ist. Genau deshalb wollte ich mit meinem Vater darüber sprechen. Wir haben ein eindrückliches Gespräch geführt, das für mich ein neues Licht auf die Thematik scheint.

Mein Vater ist im Sudan aufgewachsen, wollte schon immer Arzt werden und hat mit siebzehn ein Stipendium bekommen, um in Deutschland zu studieren. Menschen zu helfen und zu dienen, das war sein Traum. Das Geld für das Flugticket hat er sich selbst erarbeitet. Heute ist er Kardiologe und Internist, selbstständig, und der fleissigste Mensch, den ich kenne. Ich schaue zu ihm auf und sehe in jemanden, der mir immer wieder zeigt, dass harte Arbeit, Geduld und ein bisschen Starrsinn Berge versetzen können.

Als ich ihm von meinem Thema erzählte, war seine erste Reaktion Skepsis. Rassismus in der Medizin? Das sei eine sehr starke Verallgemeinerung. Ärzt:innen wollten helfen, nicht diskriminieren. Und ehrlich gesagt: Ich glaube ihm das. Ich glaube ihm auch, wenn er sagt, dass Vertrauen für ihn der zentrale Punkt ist. Viele migrantische Patient:innen fühlten sich bei migrantischen Ärztinnen und Ärzten wohler, meint er, weil sie glauben, besser verstanden zu werden. Er selbst findet das übertrieben. Jeder Arzt gebe sein Bestes.

Trotzdem kreisten viele seiner Beispiele genau um dieses „Nicht-verstanden-Werden“. Um Zeitmangel, volle Praxen, Gespräche, die zu kurz sind. Wenn alles schnell gehen muss, bleibt wenig Raum für Erklärungen. Und wo keine Erklärungen sind, entstehen Lücken. Diese Lücken werden dann oft mit Kindern gefüllt, die übersetzen sollen. Mein Vater hält das für eine ineffiziente und unmoralische Lösung. Kinder tragen plötzlich medizinische Begriffe, Diagnosen und Sorgen, die eigentlich nicht ihre sein sollten. Einmal, erzählte er mir, verstand ein Kind ein Wort falsch und schämte sich so sehr, dass es den Vater nicht richtig aufklärte. Später gab es beinahe Streit mit dem Arzt. Eine Situation, die eigentlich niemandem hilft. Sein Wunsch ist simpel: professionelle Dolmetscher, mehr Zeit, manchmal auch einfach eine verständlichere Sprache. Nicht jedes medizinische Fachwort hilft weiter, nur weil es korrekt ist.

Wenn ich ihm von strukturellem Rassismus erzähle, bleibt er vorsichtig. Er hat in Deutschland und in der Schweiz gearbeitet und sagt, er sehe das Problem eher in der Sprachbarriere als in der Haltung. Vor allem in der Schweiz sei es für viele schwer Hochdeutsch zu verstehen, wenn man gerade dabei ist, Schweizerdeutsch zu lernen.

Auch in seiner Ausbildung gab es Regeln. Ein Kommilitone durfte wegen seiner Rastazöpfe nicht an einem Praktikum teilnehmen, es sei „unanständig gegenüber den Patienten“, hiess es. Ärzt:innen müssten ordentlich aussehen. Mein Vater zuckt bei der Geschichte mit den Schultern. Für ihn war das Ordnung, nicht Ausgrenzung. Anpassung eben. Vor den Patient:innen müsse man eben vor allem als Arzt ein Bild der Professionalität; Sauberkeit und

Disziplin zu vermitteln. Diese Ordnung zog sich durch den gesamten Klinikalltag von der Frisur bis zum geschlossenen Kittel.

Ich merke, dass ich an solchen Stellen innerlich einen Schritt zurücktrete. Vielleicht bin ich sensibler. Vielleicht auch einfach jünger. Oder woke. Wenn bestimmte Frisuren immer wieder als „unpassend“ gelten, fällt es mir schwer, das nur als Ordnungskultur zu lesen. Für mich fühlt sich das eher nach einem stillen Aussortieren an, nicht laut, nicht böse, aber spürbar.

Am eindrücklichsten fand ich, als mein Vater von Patient:innen erzählte, die nicht von ihm behandelt werden wollten, vor allem ältere Menschen. Manche wechseln einfach den Arzt, andere lassen seine Arbeit überprüfen, ohne es ihm direkt zu sagen. Er erzählt das ruhig, fast nüchtern. Ich weiss nicht, ob das Resilienz ist oder jahrelange Gewöhnung.

Am Ende unseres Gesprächs bleibt ein Unterschied. Mein Vater mag das Wort Rassismus nicht. Er erkennt an, dass manche seiner Erfahrungen darin wurzeln könnten, spricht aber lieber von Missverständnissen, kulturellen Unterschieden oder Kommunikationsproblemen. Ich verstehe diesen Wunsch nach Milderung und bewundere meinen Vater auch sehr, dass er das Gute in allen Ärzt:innen sieht. Aber ich frage mich, ob wir uns damit nicht selbst im Weg stehen.

Vielleicht liegt die Wahrheit genau zwischen unseren Positionen. Zwischen seinem Vertrauen in das System und meiner Skepsis gegenüber dem, was nicht benannt wird. Was nicht benannt wird, kann auch nicht hinterfragt werden. Und was nicht hinterfragt wird, bleibt bestehen, oft länger, als uns lieb ist.

Dr. Tageldin, Adam (30.10.2025), Kardiologe und Internist. Interview.

12.10 Die Anatomie der Worte

Warum Heilung beim Sprechen beginnt

Manchmal stolpere ich über Wörter. Medizinische Wörter, die fachlich und neutral sein sollten. Ja, sogar wissenschaftlich. Neulich habe ich in einer Dokumentation vom NDR von „Morbus Bosporus“ gehört.⁶³ Ein Begriff, der wie ein warmer, tropischer Fluss klingt, fast poetisch und idyllisch. Aber dahinter steckt nichts Schönes. Er reduziert Menschen auf ethnische Merkmale und schiebt ihnen Stereotype unter, die niemand hinterfragt hat. „Das ‘Mittelmeersyndrom’ (auch bekannt als Morbus Bosporus [...]) ist ein abwertender Begriff, der von einigen aus der Ärzteschaft in Deutschland genutzt wird, wenn sie der Meinung sind, dass Menschen aus Ländern rund um das Mittelmeer (zum Beispiel Italien, Türkei, Griechenland) ihre Schmerzen stärker oder dramatischer beschreiben, als sie tatsächlich seien.“⁶⁴

Wikipedia weiss Bescheid, Fachbücher wissen Bescheid, und ich? Ich war schockiert. Wie kann ein Begriff, der Menschen erniedrigt, so lange präsent sein und noch bis heute so offen genutzt werden?

Und dann die Klassiker: „Mongoloid“ für Menschen mit Down-Syndrom, „Negroid“ für pauschalisierte Hautfarbe, „Caucasoid“, als liessen sich Menschen in ein paar Kategorien pressen. Früher galt das als „wissenschaftlich“, heute wissen wir, dass es entmenschlichend, wissenschaftlich überholt und gefährlich ist. Doch die Begriffe leben weiter: in Lehrbüchern, Vorträgen, manchmal sogar im Klinikalltag.

Sprache ist Macht. Macht über Diagnose, über Behandlung, über Leben. Die Sprache formt das Denken und wie wir auf die Gesellschaft blicken, denn sie erlaubt es uns, vor allem wegen der genannten Worte, in Kategorien und Schubladen zu denken. Sobald wir jemanden als Migrant:in oder Expert:in bezeichnen, assoziieren wir diese Person mit Vorurteilen. Das kann auch unbewusst geschehen, deshalb beginnt die Veränderung schon bei der Wortwahl.

Aber auch der historische Kontext muss erwähnt werden, denn Worte sind wie Fossilien. In unseren Redewendungen und Begriffen stecken Jahrhunderte von Hierarchien, kolonialen Denkmustern und Rollenbildern. Wenn wir diese Sprache unhinterfragt weiterbenutzen, reproduzieren wir auch die alten Machtverhältnisse, oft ohne es zu merken.

Ich sehe die Augen rollen, höre das kollektive Seufzen: „Woke, Sternchen, Überempfindlichkeit“ Ja, ich verstehe, es ist unbequem, aufpassen zu müssen. Es ist einfacher, die alte Sprache zu konservieren, die vertraut ist. Nostalgie wiegt schwer und lässt uns denken: „War schon immer so, warum ändern?“ Aber hier geht es nicht um Bequemlichkeit, nicht um Grammatik, nicht um Sternchen. Es geht darum, moralisch richtig zu handeln. Wer weiss, dass ein Begriff Menschen erniedrigt, der kann ihn nicht einfach weiterhin nutzen. Woher dieser abgrundtiefe Hass und die Gegenbewegung zu der Änderung

⁶³ Vgl.: NDR: Rassismus in der Medizin | Doku (2023),

<https://www.youtube.com/watch?v=xTdOrRKGkLk&t=2s> [5.11.2025]

⁶⁴ Wikipedia: Mittelmeersyndrom, <https://de.wikipedia.org/wiki/Mittelmeersyndrom> [5.11.2025]

der Sprache kommen ist mir ein Mysterium. Vielleicht ist es die Angst, sich die eigenen Privilegien oder – noch schlimmer – die eigene unbewusste Voreingenommenheit eingestehen und konfrontieren zu müssen. Wer Sprache ändert, rüttelt am Fundament der eigenen Weltansicht. Doch in der Medizin darf die Angst vor Veränderung niemals schwerer wiegen als die Würde eines Menschen. Wenn wir uns weigern, Begriffe abzulegen, die verletzen und Fehler provozieren, dann entscheiden wir uns aktiv gegen die Menschlichkeit.

Wir dürfen diese Veränderung nicht als mühsamen Zusatzaufwand sehen, sondern als generelle Verbesserung der Gesundheit aller. Es wird schwer und unbequem sein und ständige Selbstprüfung erfordern. Aber diese Arbeit braucht es, denn eine Medizin, die nicht versteht, kann auch nicht heilen.

12.11 Vom Schweigen zum Sprechen

Mein Blick auf Rassismus und die Zukunft der Medizin

Ich fand es schon immer komisch, dass viele nicht ihre Stimme für das Richtige nutzen. Wenn es einen Krieg gibt in einem anderen Land, oder wenn es eine neue Abstimmung im eigenen Land gibt, sollte man doch darüber sprechen. Aufmerksamkeit erregen und Meinungen austauschen, davon lebt doch die Demokratie. Aber noch wichtiger ist es, die eigene Stimme zu nutzen, um über Themen zu sprechen von denen eine grosse Mehrheit nie etwas gehört hat. Wir müssen alle über Rassismus in der Medizin sprechen; ein Thema, das lange Zeit als „politisches Randphänomen“ abgetan wurde, aber doch so viele betrifft.

In der Schweiz haben sich Bewegungen formiert, die diese Stille nicht mehr akzeptieren und ein lautes Zeichen setzen wollen. An den Universitäten in Basel, Bern und Lausanne fordern Studierende und junge Ärzt:innen eine radikale Erneuerung der Curricula. Sie wollen nicht länger nur am „kaukasischen Standard“ ausgebildet werden.⁶⁵ Diese Initiativen sind das notwendige Mittel in einem veralteten System und sie bringen Licht in die blinden Flecken der Diagnostik und fordern eine Medizin, die Vielfalt als klinische Notwendigkeit begreift, nicht als optionales Zusatzmodul. Es ist eine Bewegung, die von der Basis kommt, getragen von Organisationen wie dem Schweizerischen Roten Kreuz⁶⁶, die für transkulturelle Kompetenz kämpfen.

Trotzdem muss ich meine Skepsis ausdrücken. Ich weiss nicht, ob eine komplett antirassistische Medizin möglich ist. In einer kapitalistischen Gesellschaft, die auf maximale Effizienz und Umsatz abzielt, sehe ich nicht, wie diese Stimmen gegen die finanziellen Interessen grosser Akteure bestehen sollen. Das ist mir vor allem bei der Kolumne zum Thema des Lobbyismus klar geworden. Aber es geht nicht nur um die grossen Firmen, sondern auch um jede Einzelperson.

Über diese Kolumnenreihe habe ich aber eines gelernt. So kitschig wie das klingt: Zuhören ist der Schlüssel. Das Wort „rassistisch“ bringt eine negative Konnotation mit sich, sodass man sich natürlich angegriffen oder gereizt fühlt, wenn man so bezeichnet wird. Das bringt nur mehr Spaltung als Vereinigung mit sich, und das ist kontraproduktiv. Statt Schuldzuweisungen brauchen wir eine neue Kultur der Fehlbarkeit. Es geht nicht darum, jemanden als „Rassisten“ zu brandmarken, sondern gemeinsam zu erkennen, wo unser System – und damit auch unser eigenes Handeln – blinde Flecken hat. Wir müssen Rassismus hier als strukturelles Problem und nicht als persönlichen Charakterfehler begreifen. Wenn wir aufhören, Abwehrhaltungen einzunehmen, entsteht Raum für echte Neugier: Warum fühlt sich diese:r Patient:in nicht verstanden? Was habe ich übersehen? Erst wenn wir den Mut haben, unsere eigenen Vorurteile ohne Scham zu betrachten, können wir sie ablegen. Antirassistische Medizin ist

⁶⁵ Vgl.: Zürcher Hochschule der Angewandten Wissenschaften (2025): Bildungsinitiative zu unbewussten Vorurteilen im Gesundheitswesen, <https://www.zhaw.ch/de/forschung/projekt/78178> [20.12.2025].

⁶⁶ Vgl.: Schweizerisches Rotes Kreuz (2016): Lehrmittel Rassismus und Diskriminierung im Gesundheitsbereich, <https://www.migesplus.ch/publikationen/lehrmittel-rassismus-und-diskriminierung-im-gesundheitsbereich> [20.12.2025].

kein moralischer Zeigefinger, sondern das ehrliche Bemühen, die Medizin präziser und menschlicher zu machen, sodass sie uns allen helfen kann.

Aber Veränderung ist kein Ziel, das man einmal erreicht und dann ist alles gut. Nein, es ist ein fortwährender Prozess der Selbstprüfung. Eine antirassistische Medizin ist am Ende schlicht eine bessere Medizin, von der alle profitieren können. Sie ist das Versprechen, dass der Mensch im weissen Kittel nicht nur die Krankheit sieht, sondern den ganzen Menschen, ungeachtet seiner Herkunft, seiner Hautfarbe oder seines Akzents. Der Weg dorthin ist steinig und wird von Rückschlägen geprägt sein, aber er ist der einzige Weg, auf dem die Medizin ihre eigene Menschlichkeit retten kann.

Wir alle tragen Verantwortung für diesen Wandel, also nutze deine Stimme, sprich das Unausgesprochene an und hilf mit, eine Medizin zu gestalten, die wirklich niemanden zurücklässt.

12.12 Eine letzte Kolumne

Ich sitze hier und frage mich, ob diese ganze Schreiberei überhaupt etwas bringt. In einer Welt, in der im Spital jede Minute zählt und das Geld den Takt angibt, fühlt sich der Kampf gegen Rassismus manchmal an wie ein Kampf gegen eine Wand. Meine Skepsis bleibt weiterhin. Das System ist träge, und die Politik bewegt sich oft erst, wenn es gar nicht mehr anders geht. Aber wisst ihr, was mir Hoffnung macht? Dass wir überhaupt angefangen haben, den Mund aufzumachen und auszusprechen, was falsch ist. Dass Begriffe wie „Morbus Bosporus“ nicht mehr unwidersprochen im Raum stehen bleiben. Wir werden die Medizin nicht von heute auf morgen komplett umkrempeln, dafür findet nicht genug produktiver Diskurs statt. Aber wir haben jetzt eine Wahl: Entweder wir rollen weiter mit den Augen, wenn jemand „woke“ ruft, oder wir nutzen unsere Stimme für das, was richtig ist. Wir müssen zuhören, um zugehört zu werden.

Am Ende ist es simpel: Eine Medizin, die nicht alle Menschen gleichwertig behandelt, ist einfach keine gerechte Medizin. Der Weg ist zwar steinig, aber wir haben gerade erst angefangen zu laufen.

Eigenständigkeitserklärung

Der/die Unterzeichnete bestätigt mit Unterschrift, dass die Arbeit selbständig verfasst und in schriftliche Form gebracht worden ist, dass sich die Mitwirkung anderer Personen auf Beratung und Korrekturlesen beschränkt hat und dass alle verwendeten Unterlagen und Hilfsmittel deklariert sind.

Egg bei Zürich, den 05.01.2026

.....

Hafsa Tageldin