

Über Rassismus in der Medizin

Ein Essay der Kritischen Medizin München

Lorena Wanger, Hannah Kilgenstein und Julius Poppel

Weltweit wird immer mehr das Recht auf gleiche Lebenschancen für Schwarze Menschen eingefordert. Auch in Deutschland fordert #BlackLivesMatter Gerechtigkeit, Gleichberechtigung und die Anerkennung Schwarzer Menschen als konstitutiven Teil unserer Geschichte und Gesellschaft. Wir von der Kritischen Medizin München schließen uns diesen Forderungen an. Struktureller und institutioneller Rassismus findet sich in allen Teilen der Gesellschaft. Der folgende Essay stellt den Versuch einer Analyse dieses strukturellen Rassismus im Gesundheitswesen dar. Denn auch und vor allem im Gesundheitssystem ist Rassismus nach wie vor tödlich.

Zu Verwendung und Schreibweise von Schwarz und "schwarz":

„Schwarze Menschen“ ist eine Selbstbezeichnung und beschreibt eine von Rassismus betroffene gesellschaftliche Position. "Schwarz wird großgeschrieben, um zu verdeutlichen, dass es sich um ein konstruiertes Zuordnungsmuster handelt und keine reelle Eigenschaft, die auf die Farbe der Haut zurückzuführen ist. So bedeutet Schwarz-Sein in diesem Kontext nicht, einer tatsächlichen oder angenommenen 'ethnischen Gruppe' zugeordnet zu werden, sondern ist auch mit der gemeinsamen Rassismuserfahrung verbunden, auf eine bestimmte Art und Weise wahrgenommen zu werden."¹ In diesem Text wird stellenweise eine von der Selbstbezeichnung Schwarz differierende Schreibweise gewählt. Immer wenn sich der Begriff explizit auf die dichotome subjektive Fremdkategorisierung in der Medizin bezieht, wird "schwarz" kleingeschrieben und in Anführungszeichen gesetzt, um die Problematik, Willkürlichkeit und damit einhergehende Machtstruktur hervorzuheben.

Rassismus im Gesundheitssystem beginnt mit der Medizin für Weiße. Die Medizin in Deutschland ist immer noch auf weiße, cis-männliche Personen ausgerichtet. Diagnoseinstrumente, Medikamente und Therapieverfahren werden größtenteils an weißen mittelalten cis-Männern erforscht. Trotzdem werden damit auch alle nicht zu dieser Gruppe gehörigen Menschen behandelt. Dieser Mangel an Wissen (auch „Information Gap“ genannt) über den Verlauf von Erkrankungen oder die Wirkung von Medikamenten und Therapieverfahren an BIPOC ist ein großes Problem. Vor allem in der universitären Lehre werden wir weiterhin so unterrichtet, als würden BIPOC nicht zu unseren zukünftigen Patient*innen gehören. Ein Beispiel ist die Diagnose von Hautkrebs: Aus den USA wissen wir, dass maligne Melanome (schwarzer Hautkrebs) auf dunkler Haut erst deutlich später erkannt werden als auf heller Haut. Durch die späte Diagnose ist der Tumor schlechter behandelbar, in der Folge steigt die Sterblichkeit. Trotzdem werden Medizinstudent*innen weiterhin nur Diagnoseinstrumente gelehrt, die auf heller Haut funktionieren².

Wie tief "rassisches" Denken und internalisierte Vorurteile in der Gesellschaft und auch im Gesundheitswesen verankert sind und welche direkten Auswirkungen diese für BIPOC haben, zeigt sich anhand eines weiteren Beispiels: Die rassistische Zuschreibung, Menschen mit Migrationsbiografie würden bei der Äußerung von Schmerzen übertreiben, ist im Gesundheitssystem weit verbreitet. Diese als "Morbus mediterraneum" bezeichnete Pseudodiagnose findet sich bereits regelmäßig in Lehrveranstaltungen in den ersten Semestern wieder und wird auch später im klinischen Alltag von vielen Kolleg*innen und Mitarbeiter*innen reproduziert. Medizinisches Personal, das mit solchen Rassismen zu arbeiten lernt, wird ernstzunehmende Symptome bei BIPOC nicht erkennen. Bei Schwarzen Frauen in den USA werden beispielsweise Herzinfarkte sehr viel häufiger übersehen und in Folge nur halb so häufig behandelt³. Zudem führt die Abwertung der Schmerzen bei BIPOC häufig zu unzureichender Schmerztherapie⁴. Dies kann in der Akutsituation zur Traumatisierung führen und langfristig eine Chronifizierung von Schmerzen begünstigen. Für Großbritannien ist bekannt, dass die Sterblichkeit Schwarzer Mütter infolge von Geburtskomplikationen fünfmal so hoch ist wie in der weißen Mehrheitsbevölkerung⁵. Rassismus führt jedoch nicht nur indirekt zu schlechterer Behandlung und medizinischer Versorgung. Rassismus an sich macht krank. Für BIPOC in Deutschland ist rassistisch motivierte Diskriminierung einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer, aber auch körperlicher Erkrankungen⁶. Um dagegen etwas tun zu können, müssten Mediziner*innen auf die spezifischen Bedürfnisse diskriminierter Gruppen eingehen können. Doch sogar in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Lehre und Praxis ist Rassismus immer noch ein Randthema, sodass Psychotherapeut*innen kaum Erfahrung im Umgang mit Diskriminierungserfahrungen haben.

Während einerseits BIPOC in der Forschung nicht ausreichend repräsentiert sind und dies aufgrund fehlender Diagnoseinstrumente fatale Folgen haben kann, sind Vorurteile und vermeintliche genetische Unterschiede immer noch fester Bestandteil der akademischen Lehre sowie von wissenschaftlichen Modellen. Um diesen strukturellen Rassismus zu entlarven, ist es an dieser Stelle essentiell, die historische Rolle der Wissenschaft und der Medizin in der "Konsolidierung von Rasse als omnipräsente Strukturdimension"⁷ zu erläutern und deren Verantwortung in der Institutionalisierung von Rassismus zu verstehen. Insbesondere zur Zeit der Aufklärung und des Kolonialismus in Europa ab Ende des 17. Jahrhunderts versuchten medizinische und naturforscherische Akteure wie Berniér, Blumenbach, Linné und Darwin, eine rassistische Kategorisierung und Hierarchisierung zu

implementieren. Zum einen begegneten sie damit den damaligen Legitimationsproblemen für koloniale Eroberung, für die Versklavung anderer Menschen, sowie kapitalistischer Produktionsverhältnisse und Ungleichverteilung von Gütern⁷. Zum anderen stellte die Kategorisierung der Natur die Grundlage der damaligen wissenschaftlichen Praxis dar und das erlangte Wissen wurde als zentrales Mittel ihrer Beherrschung verstanden.

„Wissenschaft machte Rassismus historisch und bis in die jüngere Vergangenheit theoretisch verfügbar und stellt nicht etwa eine Barriere für die Vernichtungspolitik des Nationalsozialismus dar, sondern war schließlich maßgeblich an ihrer Operationalisierung und Exekution beteiligt.“ (Vom Rassismus zur "Rasse" – von der "Rasse" zum Rassismus. Ruth Stiasny. Hg. 1998 In: AG gegen Rassenkunde)

Das Konzept "Rasse" ist heute eines der problematischsten und am häufigsten missverstandenen Konzepte der modernen Biologie und Biomedizin⁸. "Rasse" dient als Bezeichnung für jene Unterscheidungen menschlicher Gruppen anhand äußerlicher Merkmale wie Hautfarbe, Haarstruktur und Augenform aber auch kultureller und sozialer Eigenschaften wie Sprache, Religion und Staatszugehörigkeit, die mit erblicher Stabilität und geographischer Herkunft verknüpft wurden. „Rasse ist als durch Rassifizierung und Rassismus hervorgebrachte soziale Kategorie zu verstehen [und benennt das] Resultat sozialer Sinnproduktion und institutionalisierter (Zu-) Ordnungen“⁷.

Um die Funktionen und Wirkungen rassistischer Kategorisierung zu erfassen, bedarf es einer gesellschaftskritischen Perspektive und einem Verständnis für den historischen Kontext und die Rolle der Wissenschaft. Nach aktuellem Forschungsstand entzieht sich nämlich die gängige Annahme, dass die Zugehörigkeit zu einer bestimmten "Rasse" auf genetischen und biomedizinischen Gemeinsamkeiten beruht, jeglicher Evidenz. Vielmehr wurde durch bisherige Studien die Vorstellung von auf einer biologischen Grundlage basierenden abgrenzbaren menschlichen "Rassen" widerlegt. In den letzten 20 Jahren konnte immer wieder gezeigt werden, dass es größere genetische Unterschiede zwischen benachbarten Populationen innerhalb einer "racial group" als zwischen zwei verschiedenen "racial groups" gibt. Konkret wurden in diesen Studien geographisch benachbarte Menschen aus dem subsaharischen Afrika untereinander, sowie mit Menschen aus Europa anhand ihrer mitochondrialen DNA und SNPs (Einzelstrangpolymorphismen) verglichen⁹⁻¹².

Auch heute noch hat institutioneller und struktureller Rassismus in der Medizin schwerwiegende gesundheitliche Folgen für BIPOC. Auf Basis der fortwährenden Annahme zuordenbarer menschlicher Differenzen findet in den letzten beiden Jahrzehnten eine Renaissance von verwissenschaftlichten rassistischen Einteilungsmodellen, nicht zuletzt auch die Genetisierung und Molekularisierung von "Rasse" statt. Sie beeinflusst die Behandlung von Patient*innen und führt bewusst oder unbewusst dazu, dass vorschnelle Annahmen und falsche Diagnosen gestellt werden¹³.

Um das soziale Hergestellt-Sein der Begrifflichkeit „Rasse“ zu verdeutlichen, existieren verschiedene Vorschläge zur Begriffsverwendung und Schreibweise⁷. Das Wort „Rasse“ hat im deutschsprachigen Diskurs vor allem seit der Vernichtungspolitik des Nationalsozialismus eine negative Konnotation und wirkt nahezu

unaussprechlich, während sich soziale Prozesse wie Rassismus und Rassifizierung gegenstandslos ereignen. Auch aktuell wird wieder öffentlich über die Streichung des Wortes „Rasse“ aus Artikel 3 des Grundgesetzes diskutiert¹⁴, das erst 1949 vom Bundesjustizministerium hinzugefügt wurde. Terminologische Ausweichmanöver wie auch der im Jahr 1950 von der Unesco vorgeschlagene Begriff ethnische Herkunft¹⁵ (oft auch Ethnizität oder Ethnie) bergen die Gefahr, die sachliche Härte und das alltägliche Leid, das die Strukturkategorie "Rasse" hervorruft, zu verharmlosen^{5,16,17}. Auch in der Schreibweise des Begriffs „Rasse“ gibt es keine allgemeine Einigkeit. Die meisten kritischen und antirassistischen Auseinandersetzungen im deutschsprachigen Raum setzen den Begriff "Rasse" in doppelte oder einfache Anführungszeichen (vgl. „Gemachte Differenz. Kontinuitäten biologischer „Rasse“-Konzepte“. Franziska Maetzky. Hg. 2009 In: AG gegen Rassismus in den Lebenswissenschaften), um die Problematik und Distanzierung zu dem Begriff zu verdeutlichen.

Eine mittlerweile recht weit verbreitete Alternative bzw. Ergänzung ist der Begriff „race“. Als deskriptive statistische Variable wird "race" in historisch rassistischen Regimen wie Südafrika und den USA bereits seit vielen Jahrzehnten in epidemiologischen Analysen zur Identifikation gesellschaftlicher Unterschiede rassifizierter Bevölkerungsgruppen (Equality Monitoring) erfasst¹³. Somit gewann „race“ gegenüber dem deutschen Begriff „Rasse“ einen haltbareren sozialen, kulturellen und politischen Bedeutungsgehalt und wird auch heute häufig in postkolonialen und Critical Race Studies verwendet⁷. Ein grundlegendes Dilemma ergibt sich allerdings bereits bei der Art der Datenerhebung zu „race“. Generell wird zwischen Fremdkategorisierung und freiwilliger anonymer Selbstauskunft unterschieden. In statistischen Analysen bezüglich der Diskriminierungsmessung werden in Deutschland Personen meist durch das vermeintlich objektive Konzept der „Person mit Migrationshintergrund“, bei dem ausschließlich die Staatsangehörigkeit und der Geburtsort zum Tragen kommen, fremdkategorisiert, andere Daten werden nicht erhoben²⁰. Dieses Konzept wird von der UN und Europäischen Institutionen, sowie NGOs als nicht geeignet betrachtet und wird auch von der deutschen Amtlichen Statistik stark kritisiert^{18,26}. Die Statistikabteilung der Vereinten Nationen empfiehlt, Daten über die ethnisch-kulturelle Zugehörigkeit im Sinne einer subjektiven Selbstauskunft zu erheben¹⁸. Hierbei wären insbesondere viele Entscheidungen über die Ausdifferenzierung und die genaue Benennung der einzelnen Kategorien zu treffen. In der medizinischen Forschung bzw. im klinischen Alltag finden sich diese Empfehlungen leider selten wieder, stattdessen kommt es weiterhin zu Fremdzuschreibungen.

Vor allem im Sinne einer ganzheitlichen und patient*innenorientierten Medizin stellt die Zugehörigkeit zu einer von Diskriminierung betroffene Gruppe („race“) eine wichtige soziokulturelle Determinante dar. Wie eingangs bereits erwähnt, gilt Rassismuserfahrung, durch die „races“ mitunter präformiert werden, als ein bisher vernachlässigter Risikofaktor für viele Erkrankungen²⁰. Dabei muss stets berücksichtigt werden, dass die Verwendung des Begriffs „race“ in der deutschsprachigen Literatur und Forschung niemals neutral sein kann. Der Begriff steht auch deshalb in der Kritik, da er scheinbar evidente körperliche Differenzen suggeriert⁷ und zu Fehlinterpretationen von Korrelationen verleitet²⁰. Das Kategorisieren in unterschiedliche von Diskriminierung betroffene Gruppen („races“) birgt also auch ein hohes Risiko, Rassismus zu reproduzieren. In jüngster Vergangenheit wird in zahlreichen medizinischen Forschungsprojekten die Variable „race“ verwendet und basierend auf der Annahme genetisch-biologischer

Unterschiede rassistische Kausalinterpretationen gezogen. Häufig werden daraus klinische Handlungsleitlinien abgeleitet wie beispielhaft eine Anpassung von Medikamentendosierungen oder das sogenannte „Correcting for Race“. Dabei wurde „race“ als Variable in Diagnose- und Behandlungsalgorithmen aufgenommen. Immer wieder rufen Wissenschaftler*innen zu einer radikalen Überprüfung des sogenannten "Correcting for Race" auf, zuletzt unter anderem in der Juni-Ausgabe 2020 des New England Journal of Medicine¹⁹.

Rassistische Kausalinterpretationen sind weit verbreitet, nicht zuletzt bemühte sich auch Thilo Sarrazin darum, seine rassistische Position durch den Bezug auf die Autorität von Statistiken zu legitimieren²⁰. Statistische Korrelationen sagen weder etwas über die Richtung eines Zusammenhangs aus, noch sind sie befreit von Confoundern (statistischen Störfaktoren). Vergleicht man die nötige Dosierung eines bestimmten blutverdünnenden Medikaments (Vitamin-K-Antagonisten), um einen speziellen Ziel-INR (Laborwert für die Blutgerinnung) zu erreichen, sind 14% der Unterschiede durch das Konstrukt "race" erklärbar. Adjustiert man jedoch für Confounder schwindet der vermeintliche Einfluss von "race" fast gänzlich auf 0,3%²¹. Trotzdem wird "race" weiterhin ohne Berücksichtigung des sozioökonomischen Status und des ungleichen Zugangs zum Gesundheitssystem als legitimierte und unhinterfragte Variable in der Forschung verwendet, wodurch eine tatsächliche biologische Grundlage suggeriert wird.

Besonders gefährlich ist das bereits genannte "Correcting for Race". Es führt beispielsweise dazu, dass Laborergebnisse in Abhängigkeit davon, ob eine Person als "schwarz" oder "weiß" vom Gesundheitspersonal gesehen wird, interpretiert werden. Davon abgesehen, dass es – wie bereits ausführlich erläutert – keine zugrundeliegenden biologischen Unterschiede gibt, sind die "race"-Zuordnungen willkürlich und subjektiv und stellen, wenn diese zur klinischen Entscheidungsfindung herangezogen werden, ein starkes Machtinstrument des Gesundheitspersonals gegenüber den Patienten*innen dar. Zweitens sind diese "race-adjustierten" Algorithmen meist von Nachteil für BIPOC: Nach wie vor wird Medizinstudierenden gelehrt, Patient*innen nach ihrer Hautfarbe zu beurteilen, um dann Messwerte "anzugleichen". Hierbei erfolgt meistens eine subjektive und rassistische Fremdkategorisierung in "schwarze" und "weiße" Menschen oder seltener eine Selbstidentifizierung in diese dichotomen Kategorien.

Ein Beispiel ist die Behandlung von nierenkranken Menschen: Wie gut die Niere arbeitet, wird unter anderem anhand des Kreatininwerts und der daraus berechneten sogenannten glomerulären Filtrationsrate (GFR) bewertet. Für als "schwarz" kategorisierte Menschen – so wird es Medizinstudierenden beigebracht – sollen Kreatininwerte erst bei einem höheren Grenzwert als pathologisch beurteilt werden. Dies führt dazu, dass bei Menschen, die als "schwarz" kategorisiert wurden, erst bei niedrigerer GFR ein Nierenversagen diagnostiziert und entsprechende Therapien eingeleitet werden – unter anderem geht es hier auch um die Qualifikation für das Erhalten eines Nierentransplantats²². Grundlage hierfür sind Studien an Menschen unterschiedlicher Hautfarbe mit gleicher GFR, die bei „schwarzen“ Menschen einen höheren Kreatininwert messen konnten²³. Als einfache Erklärung hierfür dient weiterhin die rassistische Annahme, „schwarze“ Menschen hätten eine höhere Muskelmasse und folglich einen höheren Kreatininwert, weshalb man dafür "korrigieren" müsse, obwohl dieser Zusammenhang widerlegt wurde²⁴. Anhand dieses Beispiels lässt sich anschaulich beobachten, welche klinischen Konsequenzen fälschlicherweise aus statistischen Korrelationen gezogen werden

können und welche Folgen dies für BIPOC hat. Leider wird fortan einfach das "Correcting for Race" angewandt, anstatt zunächst die Variable "race" als nicht-standardisierte Variable kritisch zu hinterfragen. Hintergründe und Kausalitäten dieses Zusammenhangs sollten überprüft und Confounder identifiziert werden. Wichtig wäre es, die externe Validität an einer für alle Bevölkerungsgruppen repräsentativeren Kohorte zu kontrollieren und die Nierenfunktion anhand anderer validierter Parameter, wie beispielsweise Cystatin C, zu evaluieren.

Abschließend möchten wir noch die Problematik von White Privilege in der Medizin thematisieren, denn die überwiegende Mehrheit der Mediziner*innen ist weiß. Institutioneller Rassismus in Bildungsstrukturen verhindert, dass Nicht-weiße Menschen in Deutschland die Chance bekommen, sich für diesen Beruf zu entscheiden und ihn mit Erfolgsaussichten anzustreben. Die mit der Position als weiße*r Mediziner*in einhergehenden Annahmen und Privilegien sowie ihre Auswirkungen auf die medizinische Behandlung zu erkennen und schon im Studium kritisch zu reflektieren, wäre die Voraussetzung, dem Rassismus im Krankenhaus zu begegnen und ihn vermeiden zu können.

Dennoch wird weiterhin nicht genug getan, um Rassismus in der Medizin in Deutschland zu erforschen. Deswegen kann Diskriminierung leicht von weißen Personen ignoriert werden. Fast alle genannten Studien stammen aus dem angloamerikanischen Raum. Während in den USA zahlreiche epidemiologische Analysen von „race“ zur Identifizierung struktureller Ungleichheit existieren, besteht seit 2010 auch im Vereinigten Königreich für öffentliche Einrichtungen eine Pflicht zum Equality Monitoring²⁵. In Deutschland werden bislang keine geeigneten Daten zur Messung von Diskriminierung erhoben^{20,26}, im medizinischen Alltag hingegen werden Personen vom Gesundheitspersonal willkürlich fremdkategorisiert. Das bedeutet aktuell: Wenn einzelne diskriminierte Gruppen deutlich schlechter von Ärzt*innen behandelt werden, können wir dies nicht quantitativ erfassen und belegen. Dies erschwert antirassistische Arbeit. Projekte wie etwa der in Berlin vom ISD organisierte Afrozensus machen vor, dass Forschung durch aktive Beteiligung der diskriminierten Gruppen möglich ist. Dies beugt auch vor, dass die Macht über die Entscheidung, was, wer und wie erforscht wird, weiterhin ausschließlich bei privilegierten Gruppen liegt.

Wir fordern daher eine aktive Beteiligung der Münchner Universitätskliniken an der Erforschung der Auswirkungen von strukturellem Rassismus auf die Gesundheit von Diskriminierung betroffener Menschen. Darüber hinaus bedarf es einer Überprüfung von "Correcting for Race", durch beispielsweise die umfassende Einführung folgender von Wissenschaftler*innen des New England Journal of Medicine vorgeschlagenen kritischen Herangehensweise bezüglich der Verwendung von "race" als prognostischen Parameter in klinischen Tools¹⁹:

1. Beruht die Notwendigkeit von „Correcting for race“ auf robuster Evidenz und statistischen Analysen (inklusive der Überprüfung von interner sowie externer Validität und/oder potentieller Confounder)?
2. Gibt es eine plausible Kausalkette für einen ethnischen Unterschied, welcher „Correcting for race“ rechtfertigt (beispielsweise in antirassistischer Absicht, um die gesundheitlichen Auswirkungen von Rassismus zu untersuchen)?
3. Und würde die Implementierung von "Race correction" Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung ausgleichen oder sie vergrößern?

Darüber hinaus fordern wir von der akademischen Lehre eine medizindidaktische Entwicklung, im Sinne einer möglichst diversen und interkulturellen Ausbildung, welche die aktuellen gesellschaftlichen Verhältnisse besser repräsentiert, sowie die Etablierung einer Anti-Rassismusbeauftragten Stelle. Wir möchten eine Anpassung an den aktuellen Forschungsstand und die klare, entschiedene Distanzierung zu Rassismen und rassistischer Sprache in Vorlesungen und Seminaren. Zusätzlich benötigt es eine echte Auseinandersetzung mit strukturellem Rassismus und White Privilege in der Medizin. Vor allem im Sinne der Beteiligung von Medizin an der Etablierung des „Rasse“-Begriffs benötigt es darüber hinaus eine proaktive Thematisierung der universitären Vergangenheit in der Kolonial- und nationalsozialistischen Zeit.

„Der Startpunkt für eine postrassifizierende Wissenschaft ist somit ein Verständnis jener mit der Moderne erzeugten und seitdem stetig, aber veränderlich reproduzierten Ungleichheiten. Richtungsweisend bedarf es dafür eines Selbstverständnisses einer ungleichheitssensiblen, aber postkategorialen Wissenschaft vom Menschen – sowohl als analytisch produktiver als auch als intervenierender Kraft. Für dieses Ziel sollten die modernen Gesellschaften aufhören, immer wieder die gleiche Frage nach der Essenz von Rasse zu stellen.“⁷



Anmerkungen gerne an
info@kritischemedizinmuemchen.de

#BlackLivesMatter

Literaturverzeichnis

1. Schaerer J. Über Schwarze Menschen in Deutschland berichten. Initiative Schwarze Menschen in Deutschland. Blogbeitrag 2013.
2. Mahendraraj K, Sidhu K, Patil S, Chamberlain R. Malignant Melanoma in African Americans: A Clinical Outcomes Based Study involving 1,106 African American patients from the Surveillance Epidemiology and End Result (SEER) Database (1988-2010). *J Surg Res*. 2014;186(2):566-567. doi:10.1016/j.jss.2013.11.491
3. American Heart Association. Racial disparities continue for black women seeking heart health care. *Med Xpress*. 2019;2005(April):2019-2020. <https://medicalxpress.com/news/2019-04-racial-disparities-black-women-heart.html>.
4. Hoffman KM, Trawalter S, Axt JR, Oliver MN. Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2016;113(16):4296-4301. doi:10.1073/pnas.1516047113
5. Knight M, Bunch K, Kenyon S, Tuffnell D, Kurinczuk JJ. A national population-based cohort study to investigate inequalities in maternal mortality in the United Kingdom, 2009-17. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2020;34(4):392-398. doi:10.1111/ppe.12640
6. Paradies Y, Ben J, Denson N, et al. Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2015;10(9):1-48. doi:10.1371/journal.pone.0138511
7. Plümecke T. *Rasse in Der Ära Der Genetik. Die Ordnung Des Menschen in Den Lebenswissenschaften.*; 2013.
8. Maglo KN, Mersha TB, Martin LJ. Population genomics and the statistical values of race: An interdisciplinary perspective on the biological classification of human populations and implications for clinical genetic epidemiological research. *Front Genet*. 2016;7(FEB):1-13. doi:10.3389/fgene.2016.00022
9. Kalinowski ST. The computer program STRUCTURE does not reliably identify the main genetic clusters within species: Simulations and implications for human population structure. *Heredity (Edinb)*. 2011;106(4):625-632. doi:10.1038/hdy.2010.95
10. Henn BM, Gignoux CR, Jobin M, et al. Hunter-gatherer genomic diversity suggests a southern African origin for modern humans. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2011;108(13):5154-5162. doi:10.1073/pnas.1017511108
11. Ingman M, Kaessmann H, Pääbo S, Gyllensten U. Mitochondrial genome variation and the origin of modern humans. *Nature*. 2001;410(6828):611-611. doi:10.1038/35069127
12. Yu N, Chen FC, Ota S, et al. Larger genetic differences within Africans than between Africans and Eurasians. *Genetics*. 2002;161(1):269-274.
13. Fitzgerald C, Hurst S. Implicit bias in healthcare professionals: A systematic review. *BMC Med Ethics*. 2017;18(1). doi:10.1186/s12910-017-0179-8
14. Bündnis 90 DG. Aktionsplan gegen Rassismus. *Beschluss des Parteirats Aktionsplan gegen Rassismus*. 2020:1-4.
15. Unesco. The Race Question. *Unesco its Program*. 1950. doi:10.2307/3025008
16. Barskanmaz C. Rasse – Unwort des Antidiskriminierungsrechts ? 2011;(2001):382-389.
17. Barskanmaz C. Das Diskriminierungsverbot aufgrund der Rasse. 2020:1-6.
18. UN. *Principles Recommendations Population Housing Censuses.*; 2008. unstats.un.org/unsd/.../sources/census/.../P&R_Rev2.pdf.
19. Vyas DA, Eisenstein LG, Jones DS. Hidden in Plain Sight — Reconsidering the Use of Race Correction in Clinical Algorithms. *N Engl J Med*. 2020:1-9. doi:10.1056/nejmms2004740
20. Scherr A, El-mafaalani A. *Handbuch Diskriminierung.*; 2016. doi:10.1007/978-3-658-11119-9
21. Kahn J. *Race in a Bottle. The Story of BiDiI and Racialized Medicine in a Post- Genomic Age.*; 2013.
22. Eneanya ND, Yang W, Reese PP. Reconsidering the Consequences of Using Race to Estimate Kidney Function. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2019;322(2):113-114. doi:10.1001/jama.2019.5774
23. Levey A, Lesley A. A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate. *Ann Intern Med*. 2009;150(09):604-612. doi:10.4172/2161-0959.1000264
24. Hsu J, Johansen KL, Hsu CY, Kaysen GA, Chertow GM. Higher serum creatinine concentrations in black patients with chronic kidney disease: Beyond nutritional status and body composition. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2008;3(4):992-997. doi:10.2215/CJN.0090108
25. Humphreys S. The Equality Act, 2010. *Res Ethics*. 2010;6(3):95-95. doi:10.1177/174701611000600306
26. Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband Evangelisches. *Rassistische Diskriminierung in Deutschland Erscheinungsformen und*. 2015.