

“I didn’t mean it that way...”: Design and evaluation of an elective course on dealing with discrimination in medical communication

Abstract

Objective: Experiences of discrimination in the context of medical care are not uncommon and have a significant impact on the health of those affected. For this reason, an elective course (28 units) on “dealing with discrimination in medical communication” was introduced at University Hospital Jena for medical students in the clinical section, which aims to improve the communicative skills of future doctors with marginalized patients. The course was tested for the first time in the winter semester 2023/24. The evaluation was used to check whether the course is suitable for expanding knowledge and skills in dealing with discrimination, as assessed by the students themselves.

Methodology: The course includes discrimination-sensitive treatment of blind/visually impaired patients, trans*/non-binary patients, patients with right-wing extremist attitudes and/or conspiracy beliefs, people without health insurance, as well as racism- and trauma-sensitive treatment and the use of language mediation. The course also contained numerous elements for self-reflection and reflection on one’s own professional attitude as a doctor. The self-assessment of knowledge and competence gains is based on an online survey at the beginning of the first course and at the end of the last session.

Results: The participating students (N=13) had hardly had any contact with the content of the seminar series through their medical studies, although they rated the relevance for their own practical work as high. The evaluation of the pre- and post-survey showed that completing the course led to significant increases in self-assessed knowledge for all course topics. There was an increase in self-assessed competence, particularly in relation to dealing with blind/visually impaired people, traumatized people and the use of interpreters. The ability to self-reflect and deal with one’s own weaknesses, as well as the awareness of recognizing discrimination, was rated significantly higher also.

Conclusion: The newly designed elective subject could help to subjectively improve medical students’ knowledge and skills in dealing with discrimination in medical communication. The findings thus provide a good basis for the development of further teaching concepts.

Keywords: medical teaching, discrimination, simulation patients, communicative competence

Lena Schwaab¹
Bernhard Strauß¹
Swetlana Philipp¹

1 Friedrich Schiller University
Jena, University Hospital
Jena, Institute for
Psychosocial Medicine,
Psychotherapy and
Psychooncology, Jena,
Germany

1. Background

Discrimination is a frequently discussed topic in medicine and healthcare. Based on a pluralistic definition, it is understood as the addition of harm, a violation of freedom rights, a disregard, and/or an inequality of opportunity towards people due to their (supposed) membership of certain social groups [1]. With the Geneva declaration, doctors commit themselves to ensuring that such social categories do not interfere with their duties and their patients [2]. Nevertheless, findings indicate that people in the healthcare sector experience discrimination due to disabilities, impairments and/or chronic illnesses, their gender identity (especially trans* and inter-persons), their ethnic origin or due to racial discrimination, their sexual orientation, their age, their religion, their weight or insufficient language skills [3], [4], [5], [6], [7], [8], [9]. Experiences of discrimination can significantly damage the relationship of trust necessary for successful treatment [3], [4]. An example of this is the representative National Discrimination and Racism Monitor 2023, which shows that racially marked women in particular (Black: 14.3%, Muslim: 12.8%, Asian: 12.9%) delay or avoid medical treatment due to the fear of not being taken seriously or being treated worse than others [10]. This also highlights the intersectional nature of discrimination, where multiple dimensions can lead to disadvantages based on very individual experiences [1], [3]. It should be emphasized that discrimination and sexual harassment also occur in medical teaching [11], [12], but this is not the focus of the present study.

In addition to barriers and inhibitions in accessing healthcare, the consequences of such unequal treatment in the medical field include inadequate treatment, misdiagnosis, lower compliance and satisfaction, and psychological impairment [6], [7], [13]. Discriminatory behavior, such as derogatory remarks, verbal abuse, and addressing accompanying persons instead of patients, occurs particularly at the level of communication and interaction [3]. To counteract this, it is necessary to provide appropriate specialist knowledge along with sensitization and self-reflection concerning one's own position, power, privileges, inequality and different worldviews. However, this is often insufficient [3], [5], [14], [15], [16]. Surveys on the implementation of these topics in medical education indicate that the content predominantly focuses on “culture”, with such topics as gender, sexual and gender orientation (lesbian, gay, bisexual, trans, queer, inter, LGBTQI+), age and disability being inadequately addressed [17], [18], [19], [20], [21]. In Germany, medical education particularly lacks LGBTQI+-specific content [7], and intersectionality is often neglected [22], [23]. The teaching concepts presented in the literature to date consist of individual lectures [24], [25] or elective courses, typically completed in blocks of several hours [26], [27] or over an entire semester [27]. These courses address the handling and treatment of specific groups of people, such as trans* people [24], [28], refugees [25] and deaf patients [26], as well as language mediation

[27]. Language mediation refers to interpreting activities that can be carried out by professional interpreters or lay interpreters such as untrained healthcare staff or relatives. The intersection of different forms of discrimination is occasionally discussed [17], [29]. Effective elements for implementing discrimination-sensitive content in medical education include the inclusion of multidisciplinary perspectives through cooperation with practitioners or the community (community-based teaching) [24], [25], [27]. Additionally, demonstrating that it is not about “the others” (othering), but about a differentiated examination of power, inequality, and privilege and their effects on one's actions [17]. Closely linked to this is the development of a professional medical identity, where medical students reflect on and train the various aspects of medical practice [30]. Finally, the use of simulated patients has proven effective, allowing students to engage with challenging communicative situations in a protected environment [28], [31], [32], [33].

Based on these three elements, the elective course “I didn’t mean it that way ... - dealing with discrimination in medical communication” was conceptualized at University Hospital Jena, piloted in the winter semester 2023/24, and subsequently evaluated. The aim of this paper is to present this approach in order to make the entire concept or individual modules usable for other locations.

2. Teaching concept

2.1. Course concept and learning objectives

The elective course aims to address the different realities of life and experiences of discrimination of different groups of people, with a particular focus on communicative aspects. An extensive literature review of existing research in relation to discrimination-sensitive teaching and prior teaching concepts was integrated into the content of the elective course. In addition, an assessment was obtained from employees regarding relevant topics and practical requirements, as well as the wishes and needs of students regarding topics that had not yet been sufficiently covered in medical studies or had been addressed only in extracurricular contexts. Building on this, cooperation was established with various (local) institutions and advice centers. The individual subject areas of the seminars were designed by these experts (see table 1).

The specific learning objectives of the course (see attachment 1) can be found in the National Competence-Based Learning Objectives Catalog 2.0 [<https://nklm.de/zend/menu>].

Throughout the sessions, the person responsible for the course repeatedly made connections between the individual contents and discussed the phenomenon of intersectionality. The course comprised six sessions with a total of 28 teaching units. Twenty students from the 7th

Table 1: Seminar topics and experts

Seminar topic	Expertise of the lecturers
Communication-impaired patients using the example of visual impairment/blindness	Person with visual impairment
Needs of trans* people in medical communication	Specialists with their own trans*/non-binary biography (Deutsche Aidshilfe)
Dealing with right-wing extremist attitudes and conspiracy beliefs	Political scientist, advice center for exiting the far-right scene
Different approaches to the healthcare system in Germany	Two doctors (NGO for medical care for people without health insurance)
Treatment supported by language mediation	Specialist trainer for dialog, language mediator (language and integration mediation service provider)
Trauma-sensitive and racism-critical treatment	Psychotherapist and social worker (psychosocial counseling center for refugees and victims of torture)

and 9th semesters were able to take part in the elective. An example of a session can be found in attachment 2.

2.2. Main features of the course

Communication and social skills are trained primarily through *practical exercises*. For this reason, a variety of case studies and role plays were used in the sessions. For example, in the session on different approaches to healthcare, a simulation game was carried out in which students took on the role of patients with different socio-demographic backgrounds and conditions (e.g. no health insurance, unclear residence status) and experienced firsthand how healthcare system touchpoints responded to them. Dealing with a patient with right-wing extremist attitudes, who discusses these in an emotional way during treatment, and the use of language mediators (interpreters) was practised with simulated patients.

In order to develop measures that counteract discriminatory behavior, it is essential to consider the intention of the action [1]. The elective focused on *reflection and self-reflection* on non-intentional discriminatory actions. Self-reflection and professional identity development are particularly important for ethical issues that are closely linked to discrimination and medical responsibility. For example, trans* patients can question basic assumptions about gender, therefore it is necessary for practitioners to reflect on their own gender identity and role perceptions [6]. For this reason, elements of self-reflection were introduced in the very first session and discussed at the end of each session in individual work, in small groups and in plenary (see attachment 2).

2.3. Evaluation

To evaluate the course, a survey of the participating students was conducted both during the first (pre-survey) and the last session (post-survey) using the online tool SoSciSurvey. The pre- and post-data were assigned using a code chosen by the participants themselves. In addition to socio-demographic questions on age, gender and current semester, participants were then asked about their previous experience in the content topics on a five-point

Likert scale. These questions referred to previous experience from medical studies as well as professional and non-specialist contexts (1=no experience, 5=very much experience). As part of the pre-survey, students were also asked about their expectations and specific questions that they wanted answered during the seminar.

The evaluation followed the approach of Jusczyk et al. [34]; in both the pre- and post-survey, students were asked to assess their attitudes, previous level of knowledge, interest, motivation, relevance and competence concerning the subject matter (see attachment 3 and attachment 4). The competency questions were based on the NKLM 2.0. Participation in the surveys was voluntary and anonymous; non-participation was not traceable to individual persons. Data were analyzed descriptively and inferentially (t-test for paired samples) using SPSS software (IBM SPSS 29), with the significance level set at $\alpha=0.05$. Changes from pre to post were also presented using standardized mean differences and the spread of the difference values (effect size Cohen’s d, standardized response mean) [35], [36], with positive values indicating a gain. Additionally, a feedback round was conducted in the final session, where students – initially anonymously – noted particularly positive aspects of the elective and aspects that could be improved, which were then discussed in a plenary session.

3. Results

3.1. Socio-demographic data

Of the 13 participating human medicine students, two thirds (n=8) were in their 7th semester, one was in the 9th semester and two were in their 10th or higher semester. The average age was 24.25 years ($SD=2.67$). The majority of students were female (83.3%), with 16.7% male. Twelve students each took part in both the pre- and post-surveys, with n=11 having available responses for both.

Table 2: Subjective assessment of students’ interest before and after participating in the course, measured on a 5-point Likert scale (1=not interested, 5=very interested)

	Pre			Post			Pre-post comparison		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>	<i>t</i> (10)	<i>p</i>
Addressing ethical dilemmas in medical care that arise due to patients’ individual health-related beliefs (e.g. belief in conspiracies) or certain political attitudes (e.g. far-right).	11	4.00	0.77	11	3.82	0.87	0.17	0.56	.588
Information about cultural misunderstandings or “culturally” specific topics.	11	4.27	0.90	11	4.27	0.64		0.00	1.000
Lifeworlds of trans* and non-binary people and how these shape interactions in the medical field.	11	4.64	0.50	11	4.27	1.01	0.54	1.79	.104
Dealing with the consequences of multiple experiences of discrimination in medicine and medical care.	11	4.45	1.04	11	4.45	0.93		0.00	1.000
Relationship between social inequality, health and illness (e.g. influence of ethnicity and experiences of racism).	11	4.27	1.01	11	4.09	0.83	0.13	0.56	.676
to incorporate self-awareness, self-reflection, self-criticism and self-development into my day-to-day professional activities.	11	4.09	0.83	11	4.55	0.52	-0.53	-2.19	.053
learn more about the lives of visually impaired/blind people.	11	4.00	1.01	11	3.27	1.01	0.92	3.07	.012

3.2. Previous experience with the seminar content

The pre-survey regarding the students’ previous experience with the topics covered in the seminar series revealed that they had the fewest points of contact with patients with communication impairments (no experience: 63.8%) and patients without health insurance (no experience: 61.1%). The majority had already had experience with refugees (69.4%) and with right-wing extremist patients and believers in conspiracies (69.1%). Looking at the contexts in which the previous experiences were made, it is striking that the students came into contact with the topics the least through their medical studies (37.5%). The students gained more experience through professional experience (e.g. internships, work shadowing, ward days) (47.2%) and in non-specialist contexts such as everyday life, leisure time, voluntary work (63.9%).

3.3. Pre-post comparison

As part of the pre-post comparison, the development of the students’ interest, attitudes, knowledge and skills over time was examined.

The students’ *interest* in the individual topics of the course series was already high at the beginning of the course and for the most part did not change significantly towards the end of the course (see table 2).

Significant changes in the *attitude* dimension were found for professional interaction with right-wing extremists ($d=1.09$), interaction with visually impaired/blind patients

($d=0.92$), the inclusion of relatives or friends as interpreters ($d=0.80$), and communication with people whose gender is not clearly categorized ($d=0.80$). The *attitudes* regarding the importance of dealing with different realities of life, knowledge of one’s own needs and boundaries, the perception of racist violence and discrimination as traumatization received similarly high approval ratings as at the beginning of the seminar (see table 3).

Before the course the majority of students stated that they were hardly or only partially informed about the various contents of the seminar series. After the course, however, they stated that they were well informed in almost all subject areas (see table 4). There were large effects for the change in *subjectively assessed knowledge about communicative strategies in dealing with blind/visually impaired people* ($d=2.46$) and *knowledge about central symptoms after traumatic events*, their effects and the needs of those affected ($d=2.22$).

The results presented in table 5 show that the students consider themselves to be significantly more competent in some areas after the seminar. The recognition of discrimination and the orientation of one’s own actions in terms of prevention and disadvantage should be emphasized here, as the learning of this competence spanned the entire seminar series (see figure 1). The students rated themselves as significantly more competent in this area ($d=0.92$).

The effects of increased competence with regard to the consideration and use of relevant influencing factors in the interpreted conversation ($d=1.30$), the use of communicative strategies in dealing with blind/visually impaired patients ($d=1.45$), and the recognition of and reaction to

Table 3: Students' attitudes before and after participating in the course measured on a 5-point Likert scale (1=strongly disagree, 5=strongly agree)

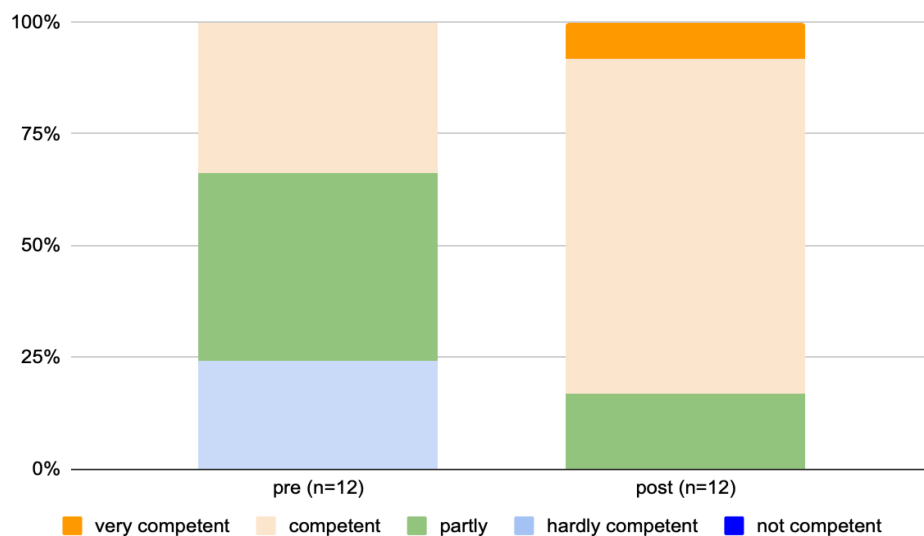
	Pre			Post			Pre-post comparison		
	n	M	SD	n	M	SD	d	t(10)	p
I find it very difficult to deal professionally with people who openly espouse extreme right-wing views. (neg)	11	3.73	0.90	11	2.91	0.54	1.09	3.61	.005
For my future profession as a doctor, it is important to have dealt with the realities of different people's lives.	11	4.91	0.30	11	5.00	0.00	0.30	-1.00	.341
To be able to work professionally as a doctor, I need to know and respect my personal needs and boundaries.	11	4.63	0.93	11	4.64	0.67		0.00	1.00
I feel inhibited and unsure about interacting with visually impaired/blind patients. (neg)	11	2.64	0.93	11	1.91	0.30	0.92	3.07	.012
Racist violence and experiences of discrimination can be understood as traumatization.	11	4.64	0.67	11	5.00	0.00	0.54	-1.79	.104
If the use of professional language mediators is not possible during treatment, it is not a problem if relatives or friends of the patient take over the interpreting. (neg)	11	3.09	0.83	11	2.18	0.60	0.80	2.65	.024
I find it difficult to communicate with patients whose gender I cannot clearly classify. (neg)	11	2.64	0.92	11	1.73	0.91	0.80	2.65	.024

Table 4: Subjective assessment of students' knowledge before and after participating in the course, measured on a 5-point Likert scale (1=not informed, 5=very informed)

	Pre			Post			Pre-post comparison		
	n	M	SD	n	M	SD	d	t(10)	p
Different job profiles and providers in language mediation, as well as the roles and tasks of all those involved in language mediation-supported communication.	11	2.00	0.45	11	4.00	1.00	1.69	5.60	<.001
Strategies for communicating with people who believe in medical conspiracy theories.	11	1.64	0.50	11	2.91	1.38	0.79	2.61	.03
Barriers experienced, possible concerns and wishes of trans* people and tasks of doctors and the healthcare system in relation to trans* people.	11	2.45	1.21	11	4.18	0.75	1.36	4.50	<.001
The elements of a patient-centered attitude (congruence, acceptance, empathy).	11	3.27	1.10	11	4.73	0.47	1.20	3.98	<.001
Communicative strategies in dealing with visually impaired/blind patients.	11	2.00	0.90	11	4.55	0.52	2.46	8.15	<.001
Central symptoms after traumatic experiences (e.g. post-traumatic stress disorder) as well as their effects and special needs of those affected in medical treatment.	11	2.27	1.01	11	4.45	0.69	2.22	7.37	<.001
Procedure for patients and persons with illegal residence status who do not have health insurance.	11	2.00	1.00	11	4.18	0.75	1.74	5.79	<.001

Table 5: Subjective assessment of students' competence before and after course participation, measured on a 5-point Likert scale (1=not competent; 5=very competent)

	Pre			Post			Pre-post comparison		
	n	M	SD	n	M	SD	d	t(10)	p
I can take into account relevant influencing factors in interpreted conversations and use them effectively in the conversation.	11	2.18	0.60	11	3.45	1.04	1.30	4.67	<.001
I adapt my communication in a gender-sensitive way to the personal needs of patients.	11	3.45	0.69	11	3.73	0.65	0.42	1.40	.19
I use communicative strategies when dealing with visually impaired/blind patients and create an appropriate setting.	11	2.27	1.10	11	4.00	0.78	1.45	4.81	<.001
I can name strategies and deal constructively with my own insecurities, fears, weaknesses and mistakes.	11	3.18	1.08	11	3.64	0.67	0.35	1.17	<.001
I recognize the symptoms of trauma-related disorders and can react accordingly.	11	2.27	0.65	11	3.82	0.87	1.65	5.49	<.001
I reflect on my own moral position with regard to the treatment of certain groups of people (e.g. people with divergent attitudes).	11	3.55	0.82	11	4.00	0.45	0.49	1.61	.14
I recognize disadvantages, stigmatization and discrimination (on racial grounds, ethnic origin, gender, religion, ideology, disability, age, sexual identity) and can direct my actions towards preventing or eliminating these disadvantages.	11	3.18	0.75	11	3.91	0.54	0.92	3.07	.01

**Figure 1: Subjective assessment of competence in recognising disadvantage, stigmatisation and discrimination, and orientation of one's own actions in terms of preventing or eliminating these disadvantages**

symptoms of trauma-related disorders ($d=1.65$) can also be classified as high.

3.4. Evaluation of the course

Overall, the course was rated by the students with an average grade of 1.75 ($SD=0.42$) on a 5-point Likert scale; 76.9% fully agreed with the statement that participation was worthwhile for them. The relevance of the content topics for practical work was rated as high on the four-point scale (1=not relevant, 4=very relevant) ($M=3.22-3.83$, $SD=0.39-0.89$). In the qualitative survey

and in the open exchange, the students rated the selection of content, the various experts and their own connection to the community, as well as the use of practical exercises with the simulation patients, positively. The simulation game was particularly praised. The participants felt that the timing of the seminar could be improved, as the sessions took place late on Friday afternoons. They would also like to see more practical exercises.

4. Discussion

This article describes the design and evaluation of an elective course on dealing with discrimination in medical communication. To our knowledge, such a course, in which various forms of marginalization and discrimination are dealt with, has not yet been conceptualized and implemented. In addition, the medical students in Jena reported that these topics have hardly been addressed in their studies to date, even though they are highly relevant to their practical work. The results of the pre-post comparison of the survey data showed that the seminar series led above all to subjective increases in knowledge in relation to all the topics covered and to subjective increases in competence in the use of language mediation, in dealing with blind/visually impaired patients, and with traumatized persons. Higher-level skills, which included self-reflective skills and sensitization to discrimination, were also significantly improved according to the participants’ self-reports. One possible explanation for the fact that primarily the participants’ assessed knowledge improved, with slightly fewer corresponding skills, may be the formulation of the skills items. These are based on the learning objectives from the NKLM 2.0 and are therefore partly formulated in a somewhat more general way and therefore do not exactly match the content covered in the seminar series. For example, there is no competence in the NKLM 2.0 that explicitly refers to dealing with trans* and non-binary people. For this reason, the learning objective (VIII. 2.05.1.2), which addresses gender-sensitive communication, was used. In addition, the acquisition of practical, communicative and social skills is a longer and difficult to measure process, which should also be considered beyond the seminar series. The complexity of competence acquisition and its measurement can only be referred to briefly at this point [37]. Due to selection effects, it is likely that those students who were already interested in and engaged with the subject content registered for the seminar. This could explain why the values for interests and attitudes were already high before the seminar. It is interesting to note that the significant changes in attitudes were seen in the items that were negatively polarized (e.g., “I find it difficult to communicate with patients whose gender I cannot clearly classify”), so that these changes can be interpreted as a reduction in inhibitions.

One limitation is that the evaluation of the course is based solely on the students’ self-assessment, and no objective test was used to change the level of knowledge or skills. The post-survey was also only conducted in the last session, meaning that long-term effects of the course cannot be considered. In addition to the subjective assessment of the students, it could be useful for future teaching evaluations to operationalize the changes in social skills by means of external assessments and to use further questionnaires that, for example, record the professional identity formation and thus the individual maturation process towards one’s own medical identity [30], [38]. It is also regrettable that the seminar was not fully utilized,

and the number of participants on the individual dates fluctuated between 11-15 people, meaning that the data comparison is based on a relatively small sample. The students cited the seminar’s unattractive scheduling structure as a possible reason, which must be taken into account when continuing the course. The gender ratio of the course, with significantly more female participants, does not quite reflect the ratio in medical studies in Jena, meaning that more female students generally seem to be interested in the subject content. This is also consistent with other courses that address diversity and discrimination [14], [26], [34].

Discrimination in healthcare is such a vast topic that a seminar series of this kind cannot cover all relevant issues exhaustively. Other possible topics, based on empirical findings, could include age, disability, weight, religion, socio-economic status, weight, and sexism in healthcare [4], [17]. However, the strength of such a seminar series, which addresses various forms of discrimination, lies in its overall sensitization to discrimination and in the development of a professional attitude that facilitates future contact with groups of people with whom doctors have had little prior interaction. Based on Paul Mecheril’s paradoxically formulated “competence-less competence” [18], a reflexive relationship to the conditions and consequences of their own professional actions as well as an open approach to their own ignorance and uncertainties could be initiated among the medical students. At this point, the following statement by one interviewee should be highlighted: *“Being open, self-reflective, curious and respectful – that is important when dealing with all marginalized group”*.

5. Conclusion

The results indicate that the communicative handling of discrimination in medical teaching has so far been insufficiently implemented, although there appears to be a high demand for it among students. The conceptualized elective provides initial starting points for filling this gap and led to self-reported changes among medical students, such as an increase in knowledge, a reduction in inhibitions, and the acquisition of higher-level skills such as a self-critical attitude and sensitization to discrimination. This work therefore offers starting points for new teaching concepts at other locations. The longitudinal implementation of the content in the compulsory curriculum would be desirable to promote a self-reflective attitude and the acquisition of professional, social, and communicative skills related to intersectional discrimination and its effects among as many students as possible.

Notes

Funding

The financing of the lecturers' fees was supported by the Förderverein Fachschaft Medizin e.V..

Profile

- **Name of the location:** Jena
- **Subject/professional group:** Human medicine
- **Number of apprentices per year:** 286
- **Has a longitudinal communication curriculum been implemented?** partially
- **In which semesters are communication and social skills taught?** Compulsory in the 2nd, 3rd, 4th, 7th, 8th and 10th semesters as well as optional elective courses in preclinical and clinical courses
- **Which teaching formats are used?** Small groups with and without simulated patients, skills lab courses
- **In which semesters are communicative and social skills tested (formative or pass-relevant and/or graded)?** 4th, 8th and 10th semester
- **Which examination formats are used?** OSCE
- **Who (i.e. clinic, institution) is entrusted with the development and implementation?** Contact person for Longitudinal Communication Curriculum: Dr. Swetlana Philipp, Contact person in the Dean of Studies Office: Christian Seidler, Contact person in the Skillslab: Urte Mille

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Attachments

Available from <https://doi.org/10.3205/zma001764>

1. Attachment_1.pdf (116 KB)
Learning objectives of the course based on the National Competence-Based Learning Objectives Catalog 2.0
2. Attachment_2.pdf (154 KB)
Example of a session
3. Attachment_3.pdf (189 KB)
Pre-evaluation questionnaire
4. Attachment_4.pdf (248 KB)
Post-evaluation questionnaire

References

1. Hädicke M, Wiesemann C. Was kann das Konzept der Diskriminierung für die Medizinethik leisten? – Eine Analyse. *Ethik Med.* 2021;33:369-386. DOI: 10.1007/s00481-021-00631-4
2. Bundesärztekammer. Weltärztebund Deklaration von Genf. Berlin: Bundesärztekammer; 2022. Zugänglich unter/available from: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/internationales#c8832>
3. Beigang S, Fetz K, Kalkum D, Otto M. Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Baden-Baden: Nomos; 2017.
4. Bartig S, Kalkum D, Le HM, Lewicki A. Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes; 2021. Zugänglich unter/available from: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/forschungsprojekte/DE/Expertise_DiskrRisiken_DiskrSchutz_GesWesen.html
5. Hebestreit K. Erfahrungen blinder und sehbehinderter Patienten im ambulanten Gesundheitssystem - eine qualitative Befragung von Blinden und Sehbehinderten. Dissertation. Jena: Friedrich-Schiller-Universität Jena; 2019. DOI: 10.22032/dbt.38290
6. Bundesverband Trans*. Leitfaden Trans*Gesundheit in der Art einer Patient_innenleitlinie zur Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. AWMF-Registernr. 138/001. Zugänglich unter/available from: <https://www.bundesverband-trans.de/publikationen/leitfaden-trans-gesundheit/>
7. Brandt G, Prüll L, Paslakis G. Gesundheitliche Themen von LSBTIQ+Personen in der ärztlichen Ausbildung in Deutschland. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2022;72(09/10):397-409. DOI: 10.1055/a-1758-0366 8
8. Voss P, Rothermund K. Altersdiskriminierung in institutionellen Kontexten. In: Kracke, B, Noack, P, editors. *Handbuch Entwicklungs- und Erziehungspsychologie.* Berlin: Springer; 2019. p.509-538. DOI: 10.1007/978-3-642-53968-8_25
9. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Erhebung und einheitliche Beschreibung von Modellen der Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Berlin: Bundesregierung Deutschland; 2015. Zugänglich unter/available from: https://www.bikup.de/wp-content/uploads/2016/07/Studie_Sprachmittlung-im-Gesundheitswesen.pdf
10. Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM), editor. *Rassismus und seine Symptome.* Bericht des Nationales Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Berlin: DeZim. Zugänglich unter/available from: <https://www.rassismusmonitor.de/publikationen/rassismus-und-seine-symptome/>
11. Wortmann L, Haarmann L, Yeboah A, Kalbe E. Gender medicine teaching increases medical students' gender awareness: results of a quantitative survey. *GMS J Med Educ.* 2023;40(4):Doc45. DOI: 10.3205/zma001627
12. Ludwig S, Jenner S, Berger R, Tappert S, Kurmey Ch, Oertelt-Prigione S, Petzold M. Perceptions of lecturers and students regarding discriminatory experiences and sexual harassment in academic medicine – results from a faculty-wide quantitative study. *BMC Med Educ.* 2024;24(1):447. DOI: 10.1186/s12909-024-05094-x

13. Aikins MA, Bremberger T, Aikins JK, Gyamerah D, Yildirim-Caliman D. Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland. Berlin: Each one teach one e.V.; 2021. Zugänglich unter/available from: <https://www.afrozensus.de>
14. Gerhards SM, Schweda M, Weßel M. Medical students' perspectives on racism in medicine and healthcare in Germany: Identified problems and learning needs for medical education. *GMS J Med Educ.* 2023;40(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma001604
15. Arthur S, Jamieson A, Cross H, Nambiar K, Llewellyn CD. Medical students' awareness of health issues, attitudes, and confidence about caring for lesbian, gay, bisexual and transgender patients: a cross-sectional survey. *BMC Med Educ.* 2021;21(1):56. DOI: 10.1186/s12909-020-02409-6
16. Liang JJ, Gardner IH, Walker JA, Safer JD. Observed deficiencies in medical students knowledge of transgender and intersex health. *Endocr Pract.* 2017;23(8):897-906. DOI: 10.4158/EP171758.OR
17. Siller H, Tauber G, Hochleitner M. Does diversity go beyond sex and gender? Gender as social category of diversity training in health profession education – a scoping review. *GMS J Med Educ.* 2020;37(2):Doc25. DOI: 10.3205/zma001318
18. Mecheril P. „Kompetenzlosigkeitskompetenz“. Pädagogisches Handeln unter Einwanderungsbedingungen. In: Auernheimer G, editor. *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften; 2008. p.15-35. DOI: 10.1007/978-3-531-91113-7_2
19. Tameling JF, Lohöfener M, Bereznai J, Tran TP, Ritter M, Boos M. Extent and types of gender-based discrimination against female medical students and physicians at five university hospitals in Germany – results of an online survey. *GMS J Med Educ.* 2023;40(6):Doc66. DOI: 10.3205/zma001648
20. Weyers S, Vervoorts A, Dragano N, Engels M. The Gender Lens: Development of a learning aid to introduce gender medicine. *GMS J Med Educ.* 2017;34(2):Doc17. DOI: 10.3205/zma001094
21. Ludwig S, Dettmer S, Wurl W, Seeland U, Maaz A, Peters H. Evaluation of curricular relevance and actual integration of sex/gender and cultural competencies by final year medical students: effects of student diversity subgroups and curriculum. *GMS J Med Educ.* 2020;37(2):Doc19. DOI: 10.3205/zma001312
22. Muntinga M, Beuken mJ, Gijs L, Verdonk P. Are all LGBTQI+ patients white and male? Good practices and curriculum gaps in sexual and gender minority health issues in a Dutch medical curriculum. *GMS J Med Educ.* 2020;37(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma001315
23. Schoenefeld E, Marschall B, Paul B, Ahrens H, Sensmeier J, Coles J, Pfeiderer B. Medical education too: sexual harassment within the educational context of medicine – insights of undergraduates. *BMC Med Educ.* 2021;21(1):81. DOI: 10.1186/s12909-021-02497-y
24. Besse M, Signerski-Krieger J, Engelmann H, Fink N, Methfessel I, Belz M. Community-supported teaching on the topic of transgender identity in undergraduate medical education - a pilot project. *GMS J Med Educ.* 2023;40(5):Doc58. DOI: 10.3205/zma001640
25. Ziegler S, Wahedi K, Stiller M, Jahn R, Straßner C, Schwill S, Bozorgmehr K. Health and medical care for refugees: design and evaluation of a multidisciplinary clinical elective for medical students. *GMS J Med Educ.* 2021;38(2):Doc39. DOI: 10.3205/zma001435
26. Kruse J, Zimmermann A, Fuchs M, Rotzoll D. Deaf awareness workshop for medical students - an evaluation. *GMS J Med Educ.* 2021;38(7):Doc118. DOI: 10.3205/zma001514
27. Strelow KR, Bahadır Ş, Stollhof B, Heeb RM, Buggenhagen H. Patient interviews in interprofessional and intercultural contexts (PinKo) - project report on interdisciplinary competence development in students of medicine, pharmacy, and community interpreting. *GMS J Med Educ.* 202;38(3):Doc67. DOI: 10.3205/zma001463
28. McCave EL, Aptaker D, Hartmann KD, Zucconi R. Promoting Affirmative Transgender Health Care Practice Within Hospitals: An IPE Standardized Patient Simulation for Graduate Health Care Learners. *MedEdPORTAL.* 2019;15:10861. DOI: 10.15766/mep_2374-8265.10861
29. Celik H, Abma TA, Klinge I, Widdershoven GA. Process evaluation of a diversity training program: the value of a mixed method strategy. *Eval Program Plan.* 2012;35(1):54-65. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2011.07.001
30. Reißmann J, Andlauer M, Feustel J, Schmidt K, Schulz S. LongProf-Handbuch. Longitudinale Professionalitätsentwicklung im Medizinstudium. 1. Auflage. Jena: Universitätsklinikum, Institut für Allgemeinmedizin; 2023. DOI: 10.22032/dbt.57628.
31. Smallheer B, Chidume T, Spinks MKH, Dawkins D, Pestano-Harte M. A Scoping. Review of the Priority of Diversity, Inclusion, and Equity in Health Care Simulation. *Clin Sim Nurs.* 2022;(71):41-64. DOI: 10.1016/j.ecns.2022.05.009
32. Daya S, Illangasekare T, Tahir P, Bochatay N, Essakow J, Ju M, van Schaik S. Using Simulation to Teach Learners in Health Care Behavioral Skills Related to Diversity, Equity, and Inclusion: A Scoping Review. *Simul Healthc.* 2023;18(5):312-320. DOI: 10.1097/SIH.0000000000000690
33. Ibrahim S, Lok S, Mitchell M, Stojiljkovic B, Tarulli N, Hubley P. Equity, diversity and inclusion in clinical simulation healthcare education and training: An integrative review. *Int J Healthc Sim.* 2023;1-14. DOI: 10.54531/BRQT3477
34. Juszczak P, Sondern L, Pfeiderer B. Introduction and evaluation of a clinical compulsory elective course on domestic violence. *GMS J Med Educ.* 2022;39(5):Doc 56. DOI: 10.3205/zma001577
35. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
36. Leicht-Scholten C. Diversity Management an deutschen Hochschulen - eine Annäherung. In: Hochschulrektorenkonferenz, editor. *Chancen erkennen - Vielfalt gestalten*. Bonn: Hochschulkonferenz; 2012. p.8-12. Zugänglich unter/available from: <http://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-02-Publikationen/nexus-Broschuere-Diversitaet.pdf>
37. Kiessling C, Fabry G. What is communicative competence and how can it be acquired? *GMS J Med Educ.* 2021;38(3):Doc49. DOI: 10.3205/zma001445
38. Leonhart R. Effektgrößenberechnung bei Interventionsstudien. *Rehabilitation.* 2004;43:241-246. DOI: 10.1055/s-2004-828293
39. Crossley J, Vivekananda-Schmidt P. The development and evaluation of a Professional Self Identity Questionnaire to measure evolving professional self-identity in health and social care students. *Med Teach.* 2009;31(12):603-607. DOI: 10.3109/01421590903193547

Corresponding author:

Dr. Swetlana Philipp
Friedrich Schiller University Jena, University Hospital Jena, Institute for Psychosocial Medicine, Psychotherapy and Psychooncology, Stoysstr. 3, D-07743 Jena, Germany
Swetlana.Phillipp@med.uni-jena.de

Please cite as

Schwaab L, Strauß B, Philipp S. "I didn't mean it that way...": Design and evaluation of an elective course on dealing with discrimination in medical communication. *GMS J Med Educ.* 2025;42(3):Doc40.
DOI: 10.3205/zma001764, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017644

This article is freely available from

<https://doi.org/10.3205/zma001764>

Received: 2024-07-16

Revised: 2024-12-19

Accepted: 2025-01-28

Published: 2025-06-16

Copyright

©2025 Schwaab et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 License. See license information at <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

„So war das nicht gemeint ...“: Konzeption und Evaluation eines Wahlfachs zum Umgang mit Diskriminierung in der medizinischen Kommunikation

Zusammenfassung

Zielsetzung: Diskriminierungserfahrungen im Rahmen der medizinischen Versorgung sind keine Seltenheit und beeinflussen maßgeblich die Gesundheit Betroffener. Daher wurde am Universitätsklinikum Jena ein Wahlfach (mit 28 UE) für Medizinstudierende im klinischen Abschnitt zum Thema „Umgang mit Diskriminierung in der medizinischen Kommunikation“ eingeführt, welches die kommunikativen Kompetenzen der angehenden Ärzt:innen mit marginalisierten Patient:innen verbessern soll. Der Kurs wurde erstmals im Wintersemester 2023/24 erprobt. Mit der Datenerhebung wurde überprüft, ob der Kurs geeignet ist, Wissen und Kompetenzen, welche von den Studierenden selbst eingeschätzt wurden, im Umgang mit Diskriminierung zu erweitern.

Methodik: Die Lehrveranstaltung beinhaltet den diskriminierungssensiblen Umgang mit blinden/sehbehinderten Patient:innen, trans*/nicht-binären Patient:innen, Patient:innen mit rechtsextremen Einstellungen und/oder Verschwörungsglauben, Personen ohne Krankenversicherung, sowie rassismus- und traumasensible Behandlung und den Einsatz von Sprachmittlung. Zudem enthielt der Kurs zahlreiche Elemente zur Selbstreflexion und Reflexion der eigenen professionellen Haltung als Ärzt:in. Die Selbsteinschätzung des Wissens- und Kompetenzzuwachses basiert auf einer Online-Erhebung zu Beginn der 1. Veranstaltung und zum Abschluss der letzten Sitzung.

Ergebnisse: Die teilnehmenden Studierenden (N=13) hatten bisher durch ihr Medizinstudium kaum Kontakt zu den Themeninhalten der Seminarreihe, obwohl sie die Relevanz für die eigene praktische Arbeit als hoch einschätzten. Die Auswertung der Prä- und Posterhebung ergab, dass die Absolvierung des Kurses zu deutlichen Zuwächsen im selbst eingeschätzten Wissen bei allen Kursthemen führte. Eine Steigerung der selbst eingeschätzten Kompetenz erfolgte vor allem in Bezug auf den Umgang mit blinden/-sehbehinderten Personen, mit traumatisierten Personen und den Einsatz von Dolmetschern. Auch die Fähigkeit zur Selbstreflexion und den Umgang mit eigenen Schwächen, sowie die Sensibilisierung für das Erkennen von Diskriminierung wurde signifikant höher eingeschätzt.

Schlussfolgerung: Das neu konzipierte Wahlfach könnte helfen, das Wissen und die Kompetenzen im Umgang mit Diskriminierung in der medizinischen Kommunikation bei Medizinstudierenden subjektiv zu verbessern. Damit liefern die Erkenntnisse eine gute Grundlage für die Entwicklung weiterer Lehrkonzepte.

Schlüsselwörter: Medizinische Lehre, Diskriminierung, Simulationspatient*innen, kommunikative Kompetenz

Lena Schwaab¹
Bernhard Strauß¹
Swetlana Philipp¹

1 Friedrich-Schiller-Universität
Jena, Universitätsklinikum
Jena, Institut für
Psychosoziale Medizin,
Psychotherapie und
Psychoonkologie, Jena,
Deutschland

1. Hintergrund

Diskriminierung ist ein in der Medizin und Gesundheitsversorgung häufig diskutiertes Thema. Ausgehend von einer pluralistischen, definitorischen Fassung wird diese als das Hinzufügen von Schaden, eine Verletzung der Freiheitsrechte, eine Missachtung und/oder eine Chancenungleichheit gegenüber Personen aufgrund derer (vermeintlichen) Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Gruppen verstanden [1]. Mit der Genfer Deklaration verpflichten sich Ärzt*innen, dass solche sozialen Kategorien nicht zwischen ihre Pflichten und ihre Patient*innen treten [2]. Dennoch deuten Befunde darauf hin, dass Personen im Gesundheitswesen aufgrund von Behinderungen, Beeinträchtigungen und/oder chronischen Erkrankungen, ihrer Geschlechtsidentität (v.a. trans* und inter-Personen), ihrer ethnischen Herkunft oder aufgrund rassistischer Diskriminierung, ihrer sexuellen Orientierung, ihrem Alter, ihrer Religion, ihrem Gewicht oder unzureichender Sprachkenntnisse Benachteiligung erfahren [3], [4], [5], [6], [7], [8], [9]. Dabei können Diskriminierungserfahrungen das für eine erfolgreiche Behandlung notwendige Vertrauensverhältnis maßgeblich erschüttern [3], [4]. Ein Beispiel hierfür sind die Befunde des repräsentativen Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors 2023, die zeigen, dass vor allem rassistisch markierte Frauen (schwarz: 14.3%, muslimisch: 12.8%, asiatisch: 12.9%) eine medizinische Behandlung aufgrund der Befürchtung, nicht ernst genommen oder schlechter als andere behandelt zu werden, verzögern oder vermeiden [10]. Hier wird auch die intersektionale Verschränkung von Diskriminierungsdimensionen deutlich, die zu ganz individuellen Erfahrungen von Benachteiligung führen können [1], [3]. Hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass auch in der medizinischen Lehre Diskriminierung und sexuelle Belästigung stattfindet [11], [12], dies ist jedoch nicht der Fokus der vorliegenden Arbeit.

Die Folgen von solchen Ungleichbehandlungen im medizinischen Bereich sind neben Barrieren und Hemmungen in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, mangelnde und unzureichende Behandlungen, Fehldiagnosen sowie eine geringere Compliance und Zufriedenheit und psychischen Beeinträchtigungen [6], [7], [13]. Insbesondere auf der Kommunikations- und Interaktionsebene kommt es zu diskriminierendem Verhalten, wie z. B. abwertende Bemerkungen, verbale Übergriffe und Ansprache von Begleitpersonen anstelle der Patient*innen [3].

Um dem entgegenzuwirken, ist die Vermittlung von entsprechendem Fachwissen sowie Sensibilisierung und Selbstreflexion in Bezug auf die eigene Position, Macht, Privilegien, Ungleichheit und unterschiedliche Lebenswelten notwendig, was jedoch häufig unzureichend stattfindet [3], [5], [14], [15], [16]. Überblicksarbeiten, die sich bisher mit der Implementierung dieser Themen in der medizinischen Lehre befassen, zeigen, dass sich diese inhaltlich überwiegend auf den Aspekt der „Kultur“ beziehen, wobei andere Themen wie Gender, sexuelle und

geschlechtliche Orientierung (lesbisch, schwul, bisexuell, trans, queer, inter, LSBTQI+), Alter und Behinderung kaum berücksichtigt werden [17], [18], [19], [20], [21]. Gerade in Deutschland fehlen in der medizinischen Lehre häufig LSBTQI+-spezifische Inhalte [7] und das Intersektionalität kommt meist zu kurz [22], [23]. Die bisher in der Literatur vorgestellten Lehrkonzepte bestehen aus einzelnen Vorlesungen [24], [25] bis hin zu Wahlveranstaltungen, die in mehrstündigen Blöcken [26], [27] oder über ein gesamtes Semester [27] absolviert wurden. Sie adressieren den Umgang mit und die Behandlung von spezifischen Personengruppen, wie trans* Personen [24], [28], Geflüchteten [25], und gehörlosen Patient*innen [26] sowie den Einsatz von Sprachmittlung [27]. Unter Sprachmittlung sind hierbei Dolmetschtätigkeiten zu verstehen, die sowohl von professionellen Fachdolmetscher*innen oder von Laiendolmetscher*innen wie nicht-geschultem Gesundheitspersonal oder Angehörigen ausgeführt werden können. Verschiedene Diskriminierungsformen und deren Verschränkung werden nur vereinzelt thematisiert [17], [29]. Elemente, die sich für die Implementierung diskriminierungsspezifischer Inhalte in die medizinische Lehre als effektiv erwiesen haben, sind einerseits der Einbezug multidisziplinärer Perspektiven durch Kooperationen mit in der Praxis tätigen Fachkräften oder der Community (communitygestützte Lehre) [24], [25], [27]. Andererseits das Aufzeigen, dass es nicht um „die Anderen“ (Othering) geht, sondern um eine differenzierte Auseinandersetzung mit Macht, Ungleichheit und Privilegien und deren Auswirkungen auf das eigene Handeln [17]. Eng verbunden damit ist die Entwicklung einer professionellen, ärztlichen Identität, bei der Medizinstudierende die verschiedenen Aspekte des ärztlichen Handelns reflektieren und trainieren [30]. Drittens hat sich der Einsatz von Simulationspatient*innen als sinnvoll erwiesen, wodurch die Studierenden in einem geschützten Rahmen an kommunikativ herausfordernde Situationen herangeführt werden können [28], [31], [32], [33].

Ausgehend von diesen drei Elementen wurde das Wahlfach „So war das nicht gemeint ... - Umgang mit Diskriminierung in der medizinischen Kommunikation“ am Universitätsklinikum Jena konzeptualisiert, im Wintersemester 2023/24 pilotiert und im Anschluss evaluiert. Ziel dieser Arbeit ist es, dieses Vorgehen vorzustellen, um das gesamte Konzept oder einzelne Module für andere Standorte nutzbar zu machen.

2. Lehrkonzept

2.1. Kurskonzeption und Lernziele

Das Wahlfach zielt auf eine Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Lebensrealitäten und Diskriminierungserfahrungen unterschiedlicher Personengruppen ab, wobei vor allem kommunikative Aspekte im Vordergrund stehen. In die inhaltliche Konzeption des Wahlfachs flossen eine ausgiebige Literaturrecherche der bestehenden Forschung in Bezug auf diskriminierungssensibler Lehre und

Tabelle 1: Seminarthemen und Fachexpert*innen

Seminarthema	Expertise der Dozierenden
Kommunikationseingeschränkte Patient*innen am Beispiel Sehbehinderung/Blindheit	Betroffene mit Sehbehinderung
Bedarfe von trans* Personen in der medizinischen Kommunikation	Fachreferent*innen mit eigener trans*/nicht-binären Biografie (Deutsche Aidshilfe)
Umgang mit rechtsextremen Einstellungen und Verschwörungsglaube	Politikwissenschaftler, Beratungsstelle für Ausstieg aus rechtsextremer Szene
Verschiedene Zugänge zum Gesundheitssystem in Deutschland	Zwei Ärzt*innen: NGO für medizinische Versorgung für Personen ohne Krankenversicherung
Sprachmittlungsgestützte Behandlung	Fachtrainerin für Dialog, Sprachmittlerin, Sprach- und Integrationsmittlungsdienstleister
Traumassensible und rassismuskritische Behandlung	Psychotherapeutin, Sozialarbeiterin Psychosoziale Beratungsstelle für Geflüchtete und Folteropfer

bisherige Lehrkonzepte ein. Zudem wurde eine Einschätzung von Mitarbeitenden bezüglich relevanter Themen und praktischer Erfordernisse eingeholt sowie Wünsche und Bedarfe von Studierenden bezüglich Themen, die bisher im Medizinstudium nicht ausreichend oder nur außercurriculär behandelt wurden. Darauf aufbauend wurden Kooperationen mit verschiedenen (örtlichen) Institutionen und Beratungsstellen aufgebaut. Die einzelnen Themenbereiche der Seminare wurden durch diese Expert*innen gestaltet (siehe Tabelle 1).

Die konkreten Lernziele der Veranstaltung (siehe Anhang 1) lassen sich im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog 2.0 [<https://nkml.de/zend/menu>] wiederfinden.

Durch die Kursverantwortliche wurden über die Sitzungen hinweg immer wieder Querverbindungen zwischen den einzelnen Inhalten hergestellt und das Phänomen der Intersektionalität diskutiert. Der Kurs umfasste sechs Sitzungen mit insgesamt 28 Unterrichtseinheiten. Es konnten 20 Studierende aus dem 7. und 9. Semester an dem Wahlfach teilnehmen. Ein beispielhafter Ablauf einer Sitzung ist im Anhang 2 zu finden.

2.2. Grundzüge des Lehrangebots

Kommunikative und soziale Kompetenzen werden vor allem durch *praktische Übungen* trainiert. In den Sitzungen wurden aus diesem Grund vielfältige Fallbeispiele und Rollenspiele eingesetzt. So wurde beispielsweise in der Sitzung zu unterschiedlichen Zugängen zur Gesundheitsversorgung ein Planspiel durchgeführt, in dem Studierende in die Rolle von Patient*innen mit unterschiedlichen soziodemografischen Hintergründen und Voraussetzungen (z. B. keine Krankenversicherung, unklarer Aufenthaltsstatus) einnahmen und in verschiedenen Stationen selbst erlebten, wie die Anlaufstellen innerhalb des Gesundheitssystems auf sie reagieren. Der Umgang mit einem Patienten mit rechtsextremen Einstellungen, der diese emotionsgeladen in der Behandlung thematisiert und der Einsatz von Sprachmittler*innen (Dolmetscher*innen) wurde mit Simulationspersonen geübt. Um Maßnahmen zu entwickeln, die diskriminierendem Verhalten entgegenwirken, ist die Berücksichtigung der

Intention der Handlung zentral [1]. Das Wahlfach fokussierte sich hierbei auf die *Reflexion und Selbstreflexion* von nicht-intendierten diskriminierenden Handlungen. Gerade für ethische Fragen, die eng mit Diskriminierung und der ärztlichen Verantwortung verbunden sind, ist Selbstreflexion sowie die professionelle Identitätsentwicklung zentral. Beispielsweise können trans*-Patient*innen, Grundannahmen bezüglich des Geschlechts in Frage stellen, was eine Reflexion der eigenen geschlechtlichen Identität sowie Rollenvorstellungen auf Seiten der Behandelnden notwendig macht [6]. Deshalb wurden gleich in der ersten Sitzung Elemente zur Selbstreflexion eingeführt und durchgängig zum Ende jeder Sitzung sowohl in Einzelarbeit, in der Kleingruppe und im Plenum besprochen (siehe Anhang 2).

2.3. Evaluation

Zur Evaluation der Veranstaltung erfolgte sowohl innerhalb der ersten (Prä-Befragung) und der letzten Sitzung eine Post-Befragung der teilnehmenden Studierenden mit Hilfe des Online-Befragungstools SoSciSurvey. Die Zuordnung der Prä- und Post-Daten erfolgte über einen von den Teilnehmenden selbstgewählten Code. Neben soziodemografischen Fragen zu Alter, Geschlecht und aktuellem Semester wurde im Anschluss die Vorerfahrung zu den inhaltlichen Themen auf einer fünfstufigen Likertskala erfragt. Diese bezogen sich auf Vorerfahrungen aus dem Medizinstudium sowie aus beruflichen und außerfachlichen Kontexten (1=keine Erfahrung, 5=sehr viel Erfahrung). Im Rahmen der Prä-Erhebung wurden die Studierenden zusätzlich nach ihren Erwartungen bzw. nach konkreten Fragen gefragt, die sie im Laufe des Seminars beantwortet haben möchten.

Die Lehrevaluation orientierte sich am Vorgehen von Jusczyk et al. [34]; dabei sollten Studierende sowohl in der Prä- als auch in der Post-Erhebung ihre eigenen Einstellungen, den bisherigen Wissensstand, ihr eigenes Interesse, Motivation, Relevanz sowie ihre Kompetenz zu den Themeninhalten einschätzen (siehe Anhang 3 und Anhang 4). Die Formulierungen der Kompetenzfragen orientierten sich am NKLM 2.0. Die Teilnahme an den Befragungen erfolgte freiwillig und anonym, eine Nicht-

Tabelle 2: Subjektiv eingeschätztes Interesse der Studierenden vor und nach der Kursteilnahme gemessen auf einer 5-Punkte-Likert Skala (1=nicht interessiert, 5=sehr interessiert)

	Prä			Post			Prä-Post-Vergleich		
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>d</i>	<i>t</i> (10)	<i>p</i>
Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmata in der medizinischen Versorgung, die durch individuelle gesundheitsbezogene Vorstellungen (z. B. Verschwörungsglaube) oder bestimmte politische Einstellungen (z. B. rechtsextrem) von Patient*innen entstehen.	11	4.00	0.77	11	3.82	0.87	0.17	0.56	.588
Informationen über kulturelle Missverständnisse oder „kultur“spezifische Themenbereiche.	11	4.27	0.90	11	4.27	0.64		0.00	1.000
Lebenswelten von trans* und nicht-binären Menschen und wie diese die Interaktion im medizinischen Bereich prägen.	11	4.64	0.50	11	4.27	1.01	0.54	1.79	.104
Auseinandersetzung mit den Folgen von multiplen Diskriminierungserfahrungen in Medizin und der medizinischen Versorgung.	11	4.45	1.04	11	4.45	0.93		0.00	1.000
Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit, Gesundheit und Krankheit (z. B. Einfluss von ethnischer Zugehörigkeit und Rassismuserfahrungen).	11	4.27	1.01	11	4.09	0.83	0.13	0.56	.676
Selbsterkenntnis, Selbstreflexion, Selbstkritik und Selbstentwicklung in mein alltägliches, professionelles Handeln miteinzubeziehen.	11	4.09	0.83	11	4.55	0.52	-0.53	-2.19	.053
mehr über Lebenswelt von sehbehinderten/blinden Personen erfahren.	11	4.00	1.01	11	3.27	1.01	0.92	3.07	.012

Teilnahme war nicht auf einzelne Personen zurückzuführen. Die Auswertung der Daten fand sowohl deskriptiv als auch inferenzstatistisch (*t*-Test für gepaarte Stichproben) mit Hilfe der Software SPSS (IBM SPSS 29) statt. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha=0,05$ festgelegt. Die Darstellung der Veränderungen von Prä zu Post erfolgt zusätzlich über standardisierte Mittelwertdifferenzen und die Streuung der Differenzwerte (Effektstärke Cohen's *d*, standardized response mean) [35], [36], wobei positive Werte für einen Zugewinn stehen. Zusätzlich gab es in der letzten Sitzung eine Feedbackrunde, in der die Studierenden – zunächst anonym – besonders gute und verbesserungswürdige Aspekte des Wahlfaches notieren und diese anschließend im Plenum besprechen konnten.

3. Ergebnisse

3.1. Soziodemografische Angaben

Von den 13 teilnehmenden Studierenden der Humanmedizin befanden sich zwei Drittel ($n=8$) im 7. Fachsemester, eine im 9. Fachsemester und 2 im 10. oder einem höheren Fachsemester. Das Durchschnittsalter betrug 24.25 Jahre ($SD=2.67$). Die Mehrheit der Studierenden ordnete sich dem weiblichen Geschlecht zu (83.3%), 16.7% dem männlichen. Jeweils 12 Studierende nahmen an der Prä- und Post-Erhebung teil, wobei in $n=11$ Fällen sowohl die Antworten der Prä- als auch der Post-Erhebung vorlagen.

3.2. Vorerfahrungen mit den Seminarinhalten

Die Prä-Erhebung bezüglich der Vorerfahrungen der Studierenden mit den Themeninhalten der Seminarreihe ergab, dass diese bisher am wenigsten Berührungspunkte mit kommunikationseingeschränkten Patient*innen (keine Erfahrung: 63.8%) und Patient*innen ohne Krankenversicherung (keine Erfahrung: 61.1%) hatten. Mit Geflüchteten (69.4%) und mit rechtsextremen Patient*innen und Verschwörungsgläubigen (69.1%) hatte die Mehrheit bereits Erfahrungen gewonnen. Betrachtet man die Kontexte, in denen die Vorerfahrungen gemacht wurden, ist auffällig, dass die Studierenden am wenigsten durch ihr Medizinstudium in Kontakt mit den Themen gekommen sind (37.5%). Mehr Erfahrungen haben die Studierenden durch berufliche Erfahrungen (wie z. B. Praktika, Hospitationen, Stationstage) (47.2%) und in außerfachlichen Kontexten wie z. B. Alltag, Freizeit, Freiwilligenarbeit (63.9%) gesammelt.

3.3. Prä-Post-Vergleich

Im Rahmen des Prä-Post-Vergleiches wurde die zeitliche Entwicklung des Interesses, der Einstellungen, des Wissens und der Kompetenzen der Studierenden untersucht. Das Interesse der Studierenden für die einzelnen Themen der Veranstaltungsreihe war bereits zu Beginn des Kurses hoch und änderte sich überwiegend nicht signifikant zum Ende des Kurses (siehe Tabelle 2).

Tabelle 3: Einstellungen der Studierenden vor und nach der Kursteilnahme gemessen auf einer 5-Punkte-Likert Skala (1=stimme überhaupt nicht zu, 5=stimme voll und ganz zu)

	Prä			Post			Prä-Post-Vergleich		
	n	M	SD	n	M	SD	d	t(10)	p
Es fällt mir sehr schwer, Personen, die rechtsextremen Einstellungen offen vertreten, professionell gegenüberzutreten. (neg)	11	3.73	0.90	11	2.91	0.54	1.09	3.61	.005
Für meinen zukünftigen Beruf als Ärzt*in ist es wichtig, mich mit Lebensrealitäten verschiedener Menschen auseinandergesetzt zu haben.	11	4.91	0.30	11	5.00	0.00	0.30	-1.00	.341
Um professionell als Ärzt*in arbeiten zu können, muss ich meine persönlichen Bedürfnisse und Grenzen kennen und beachten.	11	4.63	0.93	11	4.64	0.67		0.00	1.00
Ich fühle mich gehemmt und unsicher, mit sehbehinderten/blinden Patient*innen zu interagieren. (neg)	11	2.64	0.93	11	1.91	0.30	0.92	3.07	.012
Rassistische Gewalt und Diskriminierungserlebnisse können als Traumatisierung verstanden werden.	11	4.64	0.67	11	5.00	0.00	0.54	-1.79	.104
Wenn der Einsatz professioneller Sprachmittler*innen in der Behandlung nicht möglich ist, ist es kein Problem, wenn Angehörige oder Freund*innen des*r Patient*in das Dolmetschen übernehmen. (neg)	11	3.09	0.83	11	2.18	0.60	0.80	2.65	.024
Ich finde es schwierig, mit Patient*innen zu kommunizieren, deren Geschlecht ich nicht klar einordnen kann. (neg)	11	2.64	0.92	11	1.73	0.91	0.80	2.65	.024

Signifikante Veränderungen auf der Dimension *Einstellung* ergaben sich für den professionellen Umgang mit rechtsextremen Personen ($d=1.09$), die Interaktion mit sehbehinderten/blinden Patient*innen ($d=0.92$), den Einbezug von Angehörigen oder Freund*innen als Dolmetscher*innen ($d=0.80$) und die Kommunikation mit Personen, deren Geschlecht nicht klar eingeordnet ist ($d=0.80$). Die *Einstellungen* bezüglich der Wichtigkeit der Auseinandersetzung mit verschiedenen Lebensrealitäten, Kenntnis eigener Bedürfnisse und Grenzen, Auffassung von rassistischer Gewalt und Diskriminierung als Traumatisierung erhielten ähnlich hohe Zustimmungswerte wie zu Beginn des Seminars (siehe Tabelle 3).

Während vor dem Kurs die Mehrheit der Studierenden angab, dass sie kaum oder nur teilweise über die verschiedenen Inhalte der Seminarreihe informiert waren gaben sie nach dem Kurs an, in fast allen Themenbereichen gut informiert zu sein (siehe Tabelle 4). Große Effekte zeigten sich für die Veränderung des *Subjektiv eingeschätzten Wissens über kommunikative Strategien im Umgang mit blinden/sehbehinderten Personen* ($d=2.46$) und des *Wissens über zentrale Symptome nach traumatischen Ereignissen*, deren Auswirkungen und die Bedürfnisse Betroffener ($d=2.22$).

Die in Tabelle 5 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass sich die Studierenden nach dem Seminar in einigen Bereichen als deutlich kompetenter einschätzten. Hervorgehoben werden soll an dieser Stelle das Erkennen von Diskriminierung und die Ausrichtung des eigenen Handelns im Sinne der Verhinderung und Benachteiligung,

da das Erlernen dieser Kompetenz die gesamte Seminarreihe umspannte (siehe Abbildung 1). Die Studierenden schätzten sich selbst hier signifikant kompetenter ein ($d=0.92$).

Auch die Effekte der Kompetenzsteigerung in Bezug auf Berücksichtigung und Nutzen relevanter Einflussfaktoren im verdolmetschten Gespräch ($d=1.30$), die Verwendung kommunikativer Strategien im Umgang mit blinden/sehbehinderten Patient*innen ($d=1.45$) und das Erkennen und die Reaktion auf Symptome einer Traumafolgestörung ($d=1.65$) sind als hoch einzustufen.

3.4. Bewertung des Kurses

Insgesamt wurde die Lehrveranstaltung von den Studierenden im Mittel mit der Note 1,75 ($SD=0.42$) auf einer 5-stufigen Likert-Skala bewertet; 76.9% stimmten der Aussage voll und ganz zu, dass sich die Teilnahme für sie gelohnt habe. Die Relevanz der inhaltlichen Themen für die praktische Arbeit wurde auf der vierstufigen Skala (1=nicht relevant, 4=sehr relevant) als hoch eingeschätzt ($M=3.22-3.83$, $SD=0.39-0.89$). In der qualitativen Befragung und im offenen Austausch schätzten die Studierenden die Auswahl der Inhalte, die verschiedenen Expert*innen und deren eigenen Bezug zur Community sowie den Einsatz der praktischen Übungen mit den Simulationspatient*innen als positiv ein. Besonders wurde das Planspiel gelobt. Verbesserungswürdig fanden die Teilnehmenden die zeitliche Gestaltung des Seminars, da die Termine

Tabelle 4: Subjektiv eingeschätztes Wissen der Studierenden vor und nach der Kursteilnahme gemessen auf einer 5-Punkte-Likert Skala (1=nicht informiert, 5=sehr informiert)

	Prä			Post			Prä-Post-Vergleich		
	n	M	SD	n	M	SD	d	t(10)	p
Verschiedene Berufsbilder und Anbieter in der Sprachmittlung, sowie die Rollen und Aufgaben aller Beteiligten in der sprachmittlungsgestützten Kommunikation.	11	2.00	0.45	11	4.00	1.00	1.69	5.60	<.001
Strategien zur Kommunikation mit Personen, die an medizinische Verschwörungstheorien glauben.	11	1.64	0.50	11	2.91	1.38	0.79	2.61	.03
Erlebte Barrieren, mögliche Anliegen und Wünsche von trans* Personen an und Aufgaben von Ärzt*innen und dem Gesundheitssystem in Bezug auf trans* Personen.	11	2.45	1.21	11	4.18	0.75	1.36	4.50	<.001
Die Elemente einer patient*innenzentrierten Grundhaltung (Kongruenz, Akzeptanz, Empathie).	11	3.27	1.10	11	4.73	0.47	1.20	3.98	<.001
Kommunikative Strategien im Umgang mit seheingeschränkten/blinden Patient*innen.	11	2.00	0.90	11	4.55	0.52	2.46	8.15	<.001
Zentrale Symptome nach traumatischen Erlebnissen (z. B. Posttraumatische Belastungsstörung) sowie deren Auswirkungen und besondere Bedürfnisse Betroffener in der medizinischen Behandlung.	11	2.27	1.01	11	4.45	0.69	2.22	7.37	<.001
Vorgehen bei fehlender Krankenversicherung von Patient*innen und Personen mit illegalem Aufenthaltsstatus.	11	2.00	1.00	11	4.18	0.75	1.74	5.79	<.001

Tabelle 5: Subjektive Einschätzung der Kompetenz der Studierenden vor und nach der Kursteilnahme gemessen auf einer 5-Punkte-Likert Skala (1=nicht kompetent; 5=sehr kompetent)

	Prä			Post			Prä-Post-Vergleich		
	n	M	SD	n	M	SD	d	t(10)	p
Ich kann relevante Einflussfaktoren bei verdolmetschten Gesprächen berücksichtigen und diese zielführend im Gespräch nutzen.	11	2.18	0.60	11	3.45	1.04	1.30	4.67	<.001
Ich passe meine Kommunikation geschlechtersensibel an die persönlichen Bedürfnisse von Patient*innen an.	11	3.45	0.69	11	3.73	0.65	0.42	1.40	.19
Ich verwende kommunikative Strategien im Umgang mit seheingeschränkten/ blinden Patient*innen und schaffe ein adäquates Setting.	11	2.27	1.10	11	4.00	0.78	1.45	4.81	<.001
Ich kann Strategien benennen und konstruktiv mit eigener Unsicherheit, Ängsten, Schwächen und Fehlern umgehen.	11	3.18	1.08	11	3.64	0.67	0.35	1.17	<.001
Ich erkenne die Symptome einer Traumafolgestörung und kann darauf entsprechend reagieren.	11	2.27	0.65	11	3.82	0.87	1.65	5.49	<.001
Ich reflektiere meine eigene moralische Position in Hinblick auf die Behandlung von bestimmten Personengruppen (z. B. Personen mit divergenten Einstellungen).	11	3.55	0.82	11	4.00	0.45	0.49	1.61	.14
Ich erkenne Benachteiligungen, Stigmatisierungen und Diskriminierungen (aus rassistischen Gründen, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Religion, Weltanschauung, Behinderung, Alter, sexuelle Identität) und kann mein Handeln im Sinne der Verhinderung oder Beseitigung dieser Nachteile ausrichten.	11	3.18	0.75	11	3.91	0.54	0.92	3.07	.01

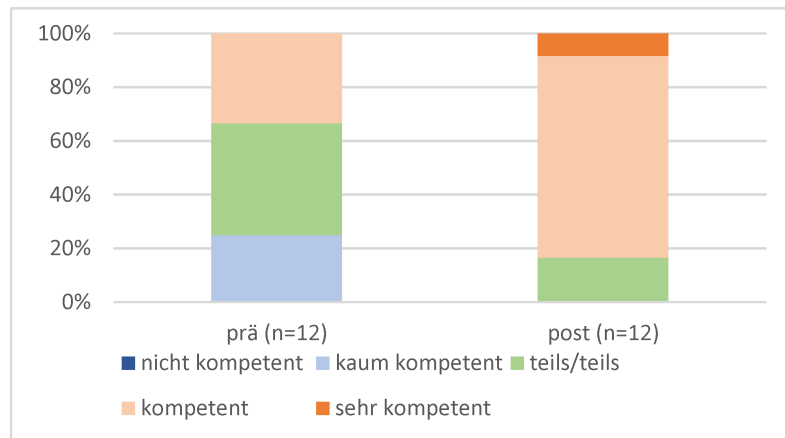


Abbildung 1: Subjektive Kompetenzeinschätzung in Bezug auf Erkennen von Benachteiligung, Stigmatisierung und Diskriminierungen und Ausrichtung des eigenen Handelns im Sinne der Verhinderung oder Beseitigung dieser Nachteile

am späten Freitagnachmittag stattfanden. Sie wünschten sich außerdem noch mehr praktische Übungen.

4. Diskussion

In diesem Artikel wurde die Konzeption und Evaluation eines Wahlfachs zum Umgang mit Diskriminierung in der medizinischen Kommunikation beschrieben. Ein solcher Kurs, bei dem verschiedene Formen von Marginalisierungen und Diskriminierungen behandelt werden, wurde unseres Wissens bisher noch nicht konzeptualisiert und durchgeführt. Zudem berichteten die Medizinstudierenden in Jena davon, dass diese Themen im Studium bislang kaum thematisiert wurden, obwohl sie eine hohe Relevanz für die praktische Arbeit haben. Die Ergebnisse des Prä-Post-Vergleiches der Befragungsdaten ergaben, dass die Seminarreihe vor allem zu subjektiven Wissenszuwächsen in Bezug auf alle behandelten Themenbereiche und zu subjektiven Kompetenzsteigerungen beim Einsatz von Sprachmittlung, im Umgang mit blinden/sehbehinderten Patient*innen und mit traumatisierten Personen führte. Auch übergeordnete Kompetenzen, die selbstreflexive Fähigkeiten und Sensibilisierung für Diskriminierungen beinhalteten, konnten laut Selbstbericht der Teilnehmenden deutlich verbessert werden. Erklärungen dafür, dass sich vor allem das eingeschätzte Wissen der Teilnehmenden verbessert hat und etwas weniger entsprechende Kompetenzen, könnten zum einen die Formulierung der Kompetenzitems liefern. Diese bezog sich auf die Lernziele aus dem NKLM 2.0 und sind daher teilweise etwas allgemeiner formuliert und passen damit nicht genau zu den in der Seminarreihe behandelten Inhalten. Beispielsweise gibt es im NKLM 2.0 keine Kompetenz, die sich explizit auf den Umgang mit trans* und nicht-binären Personen bezieht. Deshalb wurde auf das Lernziel (VIII. 2.05.1.2) zurückgegriffen, welches eine geschlechtersensible Kommunikation adressiert. Außerdem ist das Erlernen von praktischen, kommunikativen und sozialen Kompetenzen ein längerer und schwer messbarer Prozess, welcher auch über die Seminarreihe hinaus betrachtet werden sollte. Auf die Komplexität des Kompetenzer-

werbs und dessen Messung kann an dieser Stelle nur verwiesen werden [37].

Durch Selektionseffekte ist es wahrscheinlich, dass sich diejenigen Studierenden zur Teilnahme am Seminar angemeldet haben, die sich bereits für die Themeninhalte interessieren und damit beschäftigt haben. Dies könnte erklären, weshalb die Werte für Interessen und Einstellungen bereits schon vor dem Seminar hoch waren. Interessant ist, dass sich die signifikanten Einstellungsveränderungen bei den Items gezeigt haben, die negativ gepolt waren (z. B. „Ich finde es schwierig, mit Patient*innen zu kommunizieren, deren Geschlecht ich nicht klar einordnen kann“), sodass sich diese Veränderungen als Abbau von Hemmungen interpretieren lassen können.

Einschränkend lässt sich sagen, dass die Evaluation des Kurses allein auf der Selbsteinschätzung der Studierenden beruht und kein objektiver Test zur Änderung des Wissensstands oder der Kompetenzen verwendet wurde. Auch wurde die Post-Erhebung ausschließlich in der letzten Sitzung erhoben, sodass langfristige Effekte der Lehrveranstaltung nicht betrachtet werden können. Neben der subjektiven Einschätzung der Studierenden könnte es für zukünftige Lehrevaluationen sinnvoll sein, die Veränderungen in den sozialen Kompetenzen mittels Fremdeinschätzungen zu operationalisieren sowie weitere Fragebögen einzusetzen, die beispielsweise die Professional Identity Formation und damit den individuellen Reifungsprozess zur eigenen ärztlichen Identität erfassen [30], [38]. Bedauerlich ist zudem, dass das Seminar nicht voll ausgelastet war und die Teilnehmer*innenzahl der einzelnen Termine zwischen 11-15 Personen schwankte, damit fußt der Datenvergleich auf einer recht kleinen Stichprobe. Als möglichen Grund benannten die Studierenden die eher unattraktive, terminliche Struktur des Seminars, was bei der Verstetigung des Kurses berücksichtigt werden muss. Das Geschlechterverhältnis des Kurses mit deutlich mehr weiblichen Teilnehmenden spiegelt nicht ganz das Verhältnis im Medizinstudium in Jena wider, sodass sich generell mehr weibliche Personen für die Themeninhalte zu interessieren scheinen. Dies deckt sich auch mit anderen Lehrveranstaltungen, die

Diversität und Diskriminierung thematisieren [14], [26], [34].

Diskriminierung im Gesundheitswesen ist ein so großes Thema, dass eine solche Seminarreihe nicht alle relevanten Themen ausschöpfend behandeln kann. Weitere mögliche Themen ausgehend von empirischen Befunden könnten Alter, Behinderung, Gewicht, Religion, sozioökonomischer Status, Gewicht sowie Sexismus im Gesundheitswesen beinhalten [4], [17]. Das Potential einer solchen Seminarreihe, die verschiedene Diskriminierungsformen thematisiert, liegt jedoch in einer übergreifenden Sensibilisierung für Diskriminierung und in der Entwicklung einer professionellen Haltung, die auch den zukünftigen Kontakt mit Personengruppen, mit denen Ärzt*innen noch wenig Kontakt hatten, erleichtert. Angelehnt an Paul Mecherils paradox formulierte Kompetenzlosigkeitskompetenz [18] konnte bei den Medizinstudierenden ein reflexives Verhältnis zu den Bedingungen und Konsequenzen des eigenen professionellen Handelns sowie ein offener Umgang mit eigenem Nicht-Wissen und Unsicherheiten angestoßen werden. An dieser Stelle soll die Aussage einer befragten Person hervorgehoben werden, die auf die Frage, was ihr am Eindrücklichsten an der Seminarreihe hängen geblieben ist, folgenden Satz formulierte: „Offen, selbstreflektiert, neugierig und respektvoll sein – das ist wichtig im Umgang mit allen marginalisierten Gruppen“.

5. Schlussfolgerung

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass der kommunikative Umgang mit Diskriminierung in der medizinischen Lehre bisher unzureichend implementiert ist, wobei eine hohe Nachfrage aufseiten der Studierenden danach zu bestehen scheint. Das konzeptualisierte Wahlfach liefert erste Ansatzpunkte, diese Lücke zu füllen und führte bei den Medizinstudierenden zu selbstberichteten Veränderungen wie Wissenszuwachsen, Abbau von Hemmungen und den Erwerb übergeordneter Kompetenzen wie eine selbstkritische Haltung und eine Sensibilisierung für Diskriminierung. Damit bietet diese Arbeit Anknüpfungspunkte für neue Lehrkonzepte an anderen Standorten. Wünschenswert wäre die längsschnittliche Implementierung der Inhalte im Pflichtcurriculum, um eine selbstreflexive Haltung und einen fachlichen, sozialen und kommunikativen Kompetenzerwerb in Bezug auf intersektionale Diskriminierung und deren Auswirkung bei möglichst vielen Studierenden zu fördern.

Anmerkungen

Förderung

Die Finanzierung der Honorare der Dozierenden wurde durch den Förderverein Fachschaft Medizin e.V. unterstützt.

Steckbrief

- **Name des Standorts:** Jena
- **Studienfach/Berufsgruppe:** Humanmedizin
- **Anzahl der Lernenden pro Jahr:** 286
- **Ist ein longitudinales Kommunikationscurriculum implementiert?** teilweise
- **In welchen Semestern werden kommunikative und soziale Kompetenzen unterrichtet?** Im 2., 3., 4., 7., 8. und 10. Semester obligatorisch sowie fakultative Wahlveranstaltungen in Vorklinik und Klinik
- **Welche Unterrichtsformate kommen zum Einsatz?** Kleingruppen mit und ohne Simulationspatient*innen, Skillslab-Kurse
- **In welchen Semestern werden kommunikative und soziale Kompetenzen geprüft (formativ oder bestehensrelevant und/oder benotet)?** 4., 8. und 10. Semester
- **Welche Prüfungsformate kommen zum Einsatz?** OSCE
- **Wer (z. B. Klinik, Institution) ist mit der Entwicklung und Umsetzung betraut?** Ansprechpartnerin für Longitudinales Kommunikationscurriculum: Dr. Svetlana Philipp, Ansprechpartner im Studiendekanat: Christian Seidler, Ansprechpartnerin im Skillslab: Urte Mille

Interessenkonflikt

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

Anhänge

Verfügbar unter <https://doi.org/10.3205/zma001764>

1. Anhang_1.pdf (101 KB)
Lernziele der Veranstaltung basierend auf Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog 2.0
2. Anhang_2.pdf (142 KB)
Beispielhafter Ablauf einer Sitzung
3. Anhang_3.pdf (194 KB)
Fragebogen der Prä-Evaluation
4. Anhang_4.pdf (252 KB)
Fragebogen der Post-Evaluation

Literatur

1. Hädicke M, Wiesemann C. Was kann das Konzept der Diskriminierung für die Medizinethik leisten? – Eine Analyse. Ethik Med. 2021;33:369-386. DOI: 10.1007/s00481-021-00631-4
2. Bundesärztekammer. Weltärztebund Deklaration von Genf. Berlin: Bundesärztekammer; 2022. Zugänglich unter/available from: <https://www.bundesaeztekammer.de/themen/aerzte/internationales#c8832>

3. Beigang S, Fetz K, Kalkum D, Otto M. Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Baden-Baden: Nomos; 2017.
4. Bartig S, Kalkum D, Le HM, Lewicki A. Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes; 2021. Zugänglich unter/available from: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/forschungsprojekte/DE/Expertise_DiskrRisiken_DiskrSchutz_GesWesen.html
5. Hebestreit K. Erfahrungen blinder und sehbehinderter Patienten im ambulanten Gesundheitssystem - eine qualitative Befragung von Blinden und Sehbehinderten. Dissertation. Jena: Friedrich-Schiller-Universität Jena; 2019. DOI: 10.22032/dbt.38290
6. Bundesverband Trans*. Leitfaden Trans*Gesundheit in der Art einer Patient_innenleitlinie zur Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: S3-Leitlinie zur Diagnostik, Beratung und Behandlung. AWMF-Registernr. 138/001. Zugänglich unter/available from: <https://www.bundesverband-trans.de/publikationen/leitfaden-trans-gesundheit/>
7. Brandt G, Prüll L, Paslakis G. Gesundheitliche Themen von LSBTIQ+Personen in der ärztlichen Ausbildung in Deutschland. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2022;72(09/10):397-409. DOI: 10.1055/a-1758-0366 8
8. Voss P, Rothermund K. Altersdiskriminierung in institutionellen Kontexten. In: Kracke, B, Noack, P, editors. *Handbuch Entwicklungs- und Erziehungspsychologie*. Berlin: Springer; 2019. p.509-538. DOI: 10.1007/978-3-642-53968-8_25
9. Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration. Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Erhebung und einheitliche Beschreibung von Modellen der Sprachmittlung im Gesundheitswesen. Berlin: Bundesregierung Deutschland; 2015. Zugänglich unter/available from: https://www.bikup.de/wp-content/uploads/2016/07/Studie_Sprachmittlung-im-Gesundheitswesen.pdf
10. Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM), editor. *Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors*. Berlin: DeZim. Zugänglich unter/available from: <https://www.rassismusmonitor.de/publikationen/rassismus-und-seine-symptome/>
11. Wortmann L, Haarmann L, Yeboah A, Kalbe E. Gender medicine teaching increases medical students' gender awareness: results of a quantitative survey. *GMS J Med Educ*. 2023;40(4):Doc45. DOI: 10.3205/zma001627
12. Ludwig S, Jenner S, Berger R, Tappert S, Kurmey Ch, Oertelt-Prigione S, Petzold M. Perceptions of lecturers and students regarding discriminatory experiences and sexual harassment in academic medicine – results from a faculty-wide quantitative study. *BMC Med Educ*. 2024;24(1):447. DOI: 10.1186/s12909-024-05094-x
13. Aikins MA, Bremberger T, Aikins JK, Gyamerah D, Yildirim-Caliman D. *Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland*. Berlin: Each one teach one e.V.; 2021. Zugänglich unter/available from: <https://www.afrozensus.de>
14. Gerhards SM, Schweda M, Weßel M. Medical students' perspectives on racism in medicine and healthcare in Germany: Identified problems and learning needs for medical education. *GMS J Med Educ*. 2023;40(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma001604
15. Arthur S, Jamieson A, Cross H, Nambiar K, Llewellyn CD. Medical students' awareness of health issues, attitudes, and confidence about caring for lesbian, gay, bisexual and transgender patients: a cross-sectional survey. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):56. DOI: 10.1186/s12909-020-02409-6
16. Liang JJ, Gardner IH, Walker JA, Safer JD. Observed deficiencies in medical students knowledge of transgender and intersex health. *Endocr Pract*. 2017;23(8):897-906. DOI: 10.4158/EP171758.OR
17. Siller H, Tauber G, Hochleitner M. Does diversity go beyond sex and gender? Gender as social category of diversity training in health profession education – a scoping review. *GMS J Med Educ*. 2020;37(2):Doc25. DOI: 10.3205/zma001318
18. Mecheril P. „Kompetenzlosigkeitskompetenz“. *Pädagogisches Handeln unter Einwanderungsbedingungen*. In: Auernheimer G, editor. *Interkulturelle Kompetenz und pädagogische Professionalität*. Wiesbaden: Springer Verlag für Sozialwissenschaften; 2008. p.15-35. DOI: 10.1007/978-3-531-91113-7_2
19. Tameling JF, Lohöfener M, Bereznai J, Tran TP, Ritter M, Boos M. Extent and types of gender-based discrimination against female medical students and physicians at five university hospitals in Germany – results of an online survey. *GMS J Med Educ*. 2023;40(6):Doc66. DOI: 10.3205/zma001648
20. Weyers S, Vervoorts A, Dragano N, Engels M. The Gender Lens: Development of a learning aid to introduce gender medicine. *GMS J Med Educ*. 2017;34(2):Doc17. DOI: 10.3205/zma001094
21. Ludwig S, Dettmer S, Wurl W, Seeland U, Maaß A, Peters H. Evaluation of curricular relevance and actual integration of sex/gender and cultural competencies by final year medical students: effects of student diversity subgroups and curriculum. *GMS J Med Educ*. 2020;37(2):Doc19. DOI: 10.3205/zma001312
22. Muntinga M, Beuken mJ, Gijls L, Verdonk P. Are all LGBTQI+ patients white and male? Good practices and curriculum gaps in sexual and gender minority health issues in a Dutch medical curriculum. *GMS J Med Educ*. 2020;37(2):Doc22. DOI: 10.3205/zma001315
23. Schoenefeld E, Marschall B, Paul B, Ahrens H, Sensmeier J, Coles J, Pfeleiderer B. Medical education too: sexual harassment within the educational context of medicine – insights of undergraduates. *BMC Med Educ*. 2021;21(1):81. DOI: 10.1186/s12909-021-02497-y
24. Besse M, Signerski-Krieger J, Engelmann H, Fink N, Methfessel I, Belz M. Community-supported teaching on the topic of transgender identity in undergraduate medical education - a pilot project. *GMS J Med Educ*. 2023;40(5):Doc58. DOI: 10.3205/zma001640
25. Ziegler S, Wahedi K, Stiller M, Jahn R, Straßner C, Schwill S, Bozorgmehr K. Health and medical care for refugees: design and evaluation of a multidisciplinary clinical elective for medical students. *GMS J Med Educ*. 2021;38(2):Doc39. DOI: 10.3205/zma001435
26. Kruse J, Zimmermann A, Fuchs M, Rotzoll D. Deaf awareness workshop for medical students - an evaluation. *GMS J Med Educ*. 2021;38(7):Doc118. DOI: 10.3205/zma001514
27. Strelow KR, Bahadır Ş, Stollhof B, Heeb RM, Buggenhagen H. Patient interviews in interprofessional and intercultural contexts (PinKo) - project report on interdisciplinary competence development in students of medicine, pharmacy, and community interpreting. *GMS J Med Educ*. 202;38(3):Doc67. DOI: 10.3205/zma001463
28. McCave EL, Aptaker D, Hartmann KD, Zucconi R. Promoting Affirmative Transgender Health Care Practice Within Hospitals: An IPE Standardized Patient Simulation for Graduate Health Care Learners. *MedEdPORTAL*. 2019;15:10861. DOI: 10.15766/mep_2374-8265.10861

29. Celik H, Abma TA, Klinge I, Widdershoven GA. Process evaluation of a diversity training program: the value of a mixed method strategy. *Eval Program Plan*. 2012;35(1):54-65. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2011.07.001
30. Reißmann J, Andlauer M, Feustel J, Schmidt K, Schulz S. LongProf-Handbuch. Longitudinale Professionalitätsentwicklung im Medizinstudium. 1. Auflage. Jena: Universitätsklinikum, Institut für Allgemeinmedizin; 2023. DOI: 10.22032/dbt.57628.
31. Smallheer B, Chidume T, Spinks MKH, Dawkins D, Pestano-Harte M. A Scoping Review of the Priority of Diversity, Inclusion, and Equity in Health Care Simulation. *Clin Sim Nurs*. 2022;(71):41-64. DOI: 10.1016/j.ecns.2022.05.009
32. Daya S, Illangasekare T, Tahir P, Bochatay N, Essakow J, Ju M, van Schaik S. Using Simulation to Teach Learners in Health Care Behavioral Skills Related to Diversity, Equity, and Inclusion: A Scoping Review. *Simul Healthc*. 2023;18(5):312-320. DOI: 10.1097/SIH.0000000000000690
33. Ibrahim S, Lok S, Mitchell M, Stojiljkovic B, Tarulli N, Hubley P. Equity, diversity and inclusion in clinical simulation healthcare education and training: An integrative review. *Int J Healthc Sim*. 2023;1-14. DOI: 10.54531/BRQT3477
34. Juszczak P, Sondern L, Pfeleiderer B. Introduction and evaluation of a clinical compulsory elective course on domestic violence. *GMS J Med Educ*. 2022;39(5):Doc 56. DOI: 10.3205/zma001577
35. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
36. Leicht-Scholten C. Diversity Management an deutschen Hochschulen - eine Annäherung. In: Hochschulrektorenkonferenz, editor. Chancen erkennen - Vielfalt gestalten. Bonn: Hochschulkonferenz; 2012. p.8-12. Zugänglich unter/available from: <http://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-02-Publikationen/nexus-Broschuere-Diversitaet.pdf>
37. Kiessling C, Fabry G. What is communicative competence and how can it be acquired? *GMS J Med Educ*. 2021;38(3):Doc49. DOI: 10.3205/zma001445
38. Leonhart R. Effektgrößenberechnung bei Interventionsstudien. *Rehabilitation*. 2004;43:241-246. DOI: 10.1055/s-2004-828293
39. Crossley J, Vivekananda-Schmidt P. The development and evaluation of a Professional Self Identity Questionnaire to measure evolving professional self-identity in health and social care students. *Med Teach*. 2009;31(12):603-607. DOI: 10.3109/01421590903193547

Korrespondenzadresse:

Dr. Svetlana Philipp

Friedrich-Schiller-Universität Jena, Universitätsklinikum Jena, Institut für Psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Psychoonkologie, Stoysstr. 3, 07743 Jena, Deutschland

Svetlana.Philipp@med.uni-jena.de

Bitte zitieren als

Schwaab L, Strauß B, Philipp S. "I didn't mean it that way...": Design and evaluation of an elective course on dealing with discrimination in medical communication. *GMS J Med Educ*. 2025;42(3):Doc40. DOI: 10.3205/zma001764, URN: urn:nbn:de:0183-zma0017644

Artikel online frei zugänglich unter

<https://doi.org/10.3205/zma001764>

Eingereicht: 16.07.2024

Überarbeitet: 19.12.2024

Angenommen: 28.01.2025

Veröffentlicht: 16.06.2025

Copyright

©2025 Schwaab et al. Dieser Artikel ist ein Open-Access-Artikel und steht unter den Lizenzbedingungen der Creative Commons Attribution 4.0 License (Namensnennung). Lizenz-Angaben siehe <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.