


Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 3/2020 | Solibeitrag: 5 Euro



Rassismus
und Gesundheit

ROBT MILLIGAN

- 3 Editorial
- 4 Lorena Wanger, Hannah Kilgenstein und Julius Poppel:
Über Rassismus in der Medizin
- 8 Regina Brunnett: Rassismus und Gesundheit
- 12 Cevher Sat und Urs Mörke: Nachlass unser. Wie
(vermeintliche) Erkenntnisse Machtverhältnisse
konstituieren
- 14 Ria Prilutski: Kranke Normalität. Wirkungsweisen von
Rassismus im (deutschen) Gesundheitssystem
- 17 Karoline Wagner: Erkennen und Widersprechen.
Antisemitismus in der Medizin
- 19 Phil Dickel / Milli Schröder: Rassismus und
Diskriminierung als Public Health Problem anerkennen!
- 20 Jérémy Geeraert: Die Konstruktion von »minderwertigen
Patientengruppen«
- 23 Bernhard Winter: Hessische Ärztekammer benennt
Rassismusbeauftragten
- 24 Amma Yeboah: Rassismus und psychische Gesundheit
in Deutschland
- 28 Anne-Sophie Windel: Rassismus bei Weißen Ärzt*innen
und Patient*innen – offene Fragen und Gedanken nach
dem Lesen von Amma Yeboahs Text
- 31 Mund Aufmachen ist angesagt. Interview mit der neu
gegründeten Hochschulgruppe BIPoC an der Uni Leipzig
- 33 Darius Savelsberg: Solidarisches Krankenhaus für
die Kitteltasche
- 34 Thomas Kunkel: Stumpf ist Trumpf. Die Gesundheits-
politik der AFD

Gesundheit braucht Politik – im Abonnement

Die Zeitschrift des vdäa ist inhaltlich längst mehr als eine reine Vereinszeitschrift. Wir machen vier Themenhefte pro Jahr zu aktuellen gesundheitspolitischen Problemen, die sich hinter anderen gesundheitspolitischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum nicht verstecken müssen. Vereinsmitglieder bekommen die Zeitschrift kostenfrei zugesandt.

Wer nicht Vereinsmitglied ist, hat die Möglichkeit, die »Zeitschrift für eine soziale Medizin« zum Preis von 26 Euro oder als Studentin oder Student für 10 Euro im Jahr zu abonnieren.

Ein Probeabo besteht aus zwei Ausgaben und kostet ebenfalls 10 Euro.

Bei Interesse wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle: info@vdaee.de

06.–08. November **Jahreshauptversammlung** und Gesundheitspolitisches Forum des vdäa – siehe Rückseite

Der vdäa

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein. Er nimmt Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützt den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den vdäa-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Felix Ahls, Luca Baetz, Elena Beier, Thomas Kunkel, Eva Pelz, Nadja Rakowitz, Cevher Sat, Rafaela Voss, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 3/2020
ISSN 2194-0258

Hrsg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
V.i.S.d.P. Felix Ahls / Thomas Kunkel / Bernhard Winter

Bilder dieser Ausgabe

Die Bilder dieser Ausgabe zeigen Proteste im Zusammenhang der Black Lives Matter-Bewegung und Statuen, Monumente und Straßenschilder, die dabei verändert oder geschliffen wurden – oder noch zur Kritik stehen.

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Email info@vdaee.de
Internet <https://www.vdaee.de/>
<https://gbp.vdaee.de/>

Bankverbindung:
Triodos Bank
IBAN: DE05500310001076050003
BIC: TRODDEF1XXX

Satz/Layout Birgit Letsch
Druck Hoehl-Druck

Editorial

Mit dem Wiederaufleben der Black Lives Matter-Bewegung in der ganzen Welt hat der Kampf gegen Rassismus endlich auch in Deutschland einen prominenteren Platz auf der politischen Tagesordnung bekommen. Wir widmen dieses Heft der Kritik des Rassismus im Gesundheitswesen und beginnen es mit einem Text der Gruppe *Kritische Medizin München*, der die Funktionen und Wirkungen rassistischer Kategorisierung erfassen will; dazu bedarf es einer gesellschaftskritischen Perspektive und eines Verständnisses für den historischen Kontext und die Rolle der Wissenschaft. In Deutschland werden bislang keine geeigneten Daten zur Messung von rassistischer Diskriminierung erhoben, im medizinischen Alltag hingegen werden Personen vom Gesundheitspersonal willkürlich fremdkategorisiert. Als Studierende fordern sie Konsequenzen und eine aktive Beteiligung der Münchner Universitätskliniken an der Erforschung der Auswirkungen von strukturellem Rassismus auf die Gesundheit. Regina Brunnett diskutiert dieses Problem mit einem Blick auf die internationale wissenschaftliche Public Health Forschung und Literatur; es bleibe zu klären, in welchem Verhältnis Rassismus und andere Achsen der Ungleichheit zueinander stehen. Kritischer Gesundheitswissenschaft käme damit die Aufgabe zu, die kritische Perspektive in doppelter Weise auf Gesundheit / gesundheitliche Lage und auf soziale Herrschaftsverhältnisse als gesellschaftliche Verhältnisse zu beziehen. Cevher Sat und Urs Mörke diskutieren mit dem Begriff der epistemischen Gewalt den Zusammenhang von (wissenschaftlichem) Wissen und globalen Ungleichheits-, Macht- und Herrschaftsverhältnissen und damit auch die kolonialen Verstrickungen wissenschaftlicher Disziplinen. Rassismus, so ihr Schluss, ist ebenso wie die Wissensproduktion konstitutiv für den Kolonialismus und für dessen Kontinuitäten. Ria Prilutski vom *Medinetz Jena* beschreibt Rassismus theoretisch als einen Prozess und eine Ideologie, der »Rassen« als Kategorie zur Einteilung von Menschen herstellt. Praktisch beschreibt sie ihn als ein soziales Verhältnis, das die Organisation der Gesellschaft in ihrer spezifischen historischen Form beeinflusst und konkretisiert dies an ihren Erfahrungen im *Medinetz*. Karoline Wagner berichtet über Antisemitismus im Gesundheitswesen, der im letzten Jahr und mit COVID-19-Pandemie noch mal dramatisch zugenommen hat. Als Konsequenz fordert sie, dass zukünftigen Ärzt*innen schon im Studium klargemacht werden muss, dass Antisemitismus in der Medizin kein Thema der Vergangenheit ist.

Milli Schröder und Philipp Dickel von der *Poliklinik Veddel* in Hamburg zeigen praktische Konsequenzen in der ambulanten Versorgung auf. Jérémy Geeraert zeigt an Beispielen des *Medibüros Berlin*, wie sich struktureller Rassismus im Gesundheitssystem zeigt, wie er sich auf Betroffene auswirkt und welche zum Teil menschenrechtswidrigen Regelungen des Aufenthaltsrechts, der Migrations- und Asylpolitik dafür

verantwortlich sind. Bernhard Winter berichtet, wie schwer sich die Hessische Landesärztekammer damit getan hat, den ersten Rassismusbeauftragten einer Ärztekammer in Deutschland zu benennen. Der Text von Amma Yeboah beschäftigt sich mit den Auswirkungen von Rassismus auf die psychische Gesundheit und diskutiert dabei auch die Frage nach dem Weißsein der Behandler*innen und deren Umgang damit. Direkt im Anschluss stellt Anne-Sophie Windel Fragen an sich und den Text von Amma Yeboah aus der explizit subjektiven Perspektive einer Weißen Ärztin.

»Mund Aufmachen ist angesagt« haben wir das Interview mit zwei Mitgliedern der neu gegründeten Hochschulgruppe *BIPoC an der Uni Leipzig* genannt, womit eine Quintessenz benannt ist: Es gibt viel zu wenige Weiße Studierende, die das Wort ergreifen, wenn es in ihrem Umfeld (oder auch weiter weg) rassistische Vorfälle oder Thesen gibt. Weiterhin kommen sie zu dem Schluss, dass rassistische Strukturen so lange aufrechterhalten werden, solange man nichts aktiv dagegen unternimmt. Kurzum: Wir müssen Rassismus aktiv bekämpfen. Daran will sich der vdää auch mit diesem Heft beteiligen. Daran will sich der vdää auch mit diesem Heft beteiligen. Dazu beitragen will auch die von den Kritischen Mediziner*innen Berlin herausgegebene Broschüre »Solidarisches Krankenhaus für die Kitteltasche«, aus der wir das Kapitel zu Rassismus dokumentieren.

Damit kommen wir zum letzten Text in dieser Ausgabe, denn wenn man über Rassismus diskutiert, darf die Kritik der AfD nicht fehlen. Thomas Kunkel hat sich einige Protokolle von Bundestagsdebatten angeschaut und herausgearbeitet, was man daraus erfährt über gesundheitspolitische Vorstellungen bei der AfD: wenig Konsistentes, aber die AfD lässt – wie zu erwarten – kaum eine Gelegenheit aus, Rassismus als Leitmotiv, Begründung oder Rechtfertigung ihrer Gesetzentwürfe in das Zentrum der politischen Kommunikation zu stellen.

Das Heft ist nicht zufällig etwas dicker geraten, als sonst. Es sind auch dicke Bretter, die hier gebohrt werden und sicher bleibt hier noch ganz viel unausgesprochen und viele Probleme harren noch einer Diskussion und Lösungsvorschlägen. Die aufmerksamen Leser*innen werden beim Lesen aller Texte feststellen, dass der methodische Zugang zum Begriff Rassismus unterschiedlich, zum Teil gegensätzlich ist. Es bleibt den Diskussionen nach der Lektüre vorbehalten, die politischen Implikationen dieser verschiedenen Perspektiven kritisch zu diskutieren.

Wir wünschen eine entsprechend anregende Lektüre.

Über Rassismus in der Medizin

Von 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. Die Gruppe *Kritische Medizin München* schließt sich diesen Forderungen an. Struktureller und institutioneller Rassismus findet sich in allen Teilen der Gesellschaft. Der folgende von der Redaktion gekürzte Text 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. (...)

»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.« (Ruth Stiasny. Hg.: »Vom Rassismus zur »Rasse« – von der »Rasse« zum Rassismus«, 1998; in: AG gegen Rassenkunde)

Das Konzept »Rasse« ist heute eines der problematischsten und am häufigsten missverstandenen Konzepte der modernen Biologie und Biomedizin (8). »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 Per-

spektive und eines Verständnisses 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 sub-saharischen Afrika untereinander, sowie mit Menschen aus Europa anhand ihrer mitochondrialen DNA und SNPs (Einzelstrangpolymorphismen) verglichen (9-12).

Auch heute noch hat institutioneller und struktureller Rassismus in der Medizin schwerwiegende gesundheitliche Folgen für BIPOC. Auf Basis der fortwährenden Annahme zuordnbarer 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 werden (13).

Um das soziale Hergestellt-Sein der Begrifflichkeit »Rasse« zu verdeutlichen, existieren verschiedene Vorschläge zur Begriffsverwendung und Schreibweise (7). 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 diskutiert (14), das erst 1949 vom Bundesjustizministerium hinzugefügt wurde. Terminologische Ausweichmanöver wie auch der im Jahr 1950 von der Unesco vorgeschlagene Begriff ethnische Herkunft (15) (oft auch Ethnizität oder Ethnie) bergen die Gefahr, die sachliche Härte und das alltägliche Leid, das die Strukturkategorie »Rasse«



Black Lives Matter Demo am 6.6.2020 in London, Flickr © BY 2.0

hervorrufen, 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) erfasst (13). 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 verwendet (7). Ein grundlegendes Dilemma ergibt sich allerdings bereits bei der Art der Datenerhebung zu »race«. Generell wird

zwischen Fremdkategorisierung und freiwilliger anonymer Selbstausskunft 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 erhoben (20). 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 Selbstausskunft zu erheben (18). 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 Erkrankungen (20). 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 suggeriert (7) und zu Fehlinterpretationen von Korrelationen verleitet (20). 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 beispielsweise eine Anpassung von Medikamentendosierungen oder das sogenannte »Correcting for Race«. Dabei wurde »race« als Variable in Diagnose- und Behandlungsalgorithmen aufgenommen. Immer wieder rufen Wissen-

SOLIDARISCHES GESUNDHEITSWESEN



»Armut und Ausgrenzung machen krank«.

Das muss und soll nicht so bleiben. Der Verein »Solidarisches Gesundheitswesen e.V.« engagiert sich für ein Gesundheitswesen, das allen Menschen einen sicheren Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung sowie Teilhabe an gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung ermöglicht. Wir treten für den Abbau gesundheitsgefährdender Verhältnisse in Gesellschaft und Umwelt ein. Und wir wollen uns besonders dafür einsetzen, dass bisher sozial und ökonomisch benachteiligte gesellschaftliche Gruppen (z.B. Arme, Geflüchtete, Migrant*innen) an der medizinischen Versorgung und Gesundheitsförderung teilhaben können. Wir widersetzen uns deshalb allen Tendenzen, soziale Gruppen von der medizinischen Versorgung auszuschließen oder ihre Gesundheitsressourcen zu beschneiden.

Der Verein gemeinnützig steht allen offen, die seine Ziele teilen. Wir engagieren uns in Kooperation und Vernetzung mit bereits bestehenden Organisationen und Initiativen.

Kontakt:

Solidarisches Gesundheitswesen e.V.
Falkstraße 34, 60487 Frankfurt/Main
solid.g-wesen@gmx.de
<http://www.solidarisches-gesundheitswesen.de/>

Spendenkonto:

Bank: Frankfurter Sparkasse 1822
IBAN: DE07 5005 0201 0200 5795 25

schaftler*innen zu einer radikalen Überprüfung des sogenannten »Correcting for Race« auf, zuletzt unter anderem in der Juni-Ausgabe 2020 des *New England Journal of Medicine* (19).

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 legitimieren (20). 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 Patient*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 Nierentransplantats (22). Grundlage hierfür sind Studien an Menschen unterschiedlicher Hautfarbe mit gleicher GFR, die bei »schwarzen« Menschen einen höheren Kreatininwert messen konnten (23). 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 wurde (24). 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 beispielweise Cystatin C, zu evaluieren. (...)

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.



Street art in Minneapolis/Minnesota von Lorie Shaul, Flickr © BY 2.0

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 Monitoring (25). 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 Tools (19):

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)

Lorena Wanger, Hannah Kilgenstein und Julius Poppel studieren Medizin in München und sind Mitglieder Gruppe Kritische Medizin München.

Die Langfassung des von uns gekürzten Textes findet sich mit Literaturverzeichnis und den Fußnoten auf der Homepage der Gruppe Kritische Medizin München: <https://kritische-medizinmuenchen.de/ueber-rassismus-in-der-medizin/>

Rassismus und Gesundheit

Von Regina Brunnett

Der Aufsatz von Regina Brunnett erschien zuerst 2016 im Jahrbuch für Kritische Medizin. Er zählt zu den grundlegenden Texten für eine kritische Diskussion von Rassismus im Gesundheitswesen im deutschsprachigen Raum. Wir danken der Autorin, dass wir die gekürzte Fassung hier veröffentlichen dürfen.

Es liegen bislang nur wenige Arbeiten und Studien im deutschen Sprachraum vor, die sich explizit mit dem Thema Rassismus bzw. Diskriminierung und Gesundheit befassen. Vielmehr stehen in Deutschland bislang noch die Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Migrant*innen und ihre gesundheitliche Versorgung im Vordergrund. Es werden folglich überwiegend quantitativ-empirische Studien durchgeführt. Bereits vorhandene Daten weisen auf eine höhere Krankheitslast und Zugangsbarrieren in der Gesundheitsversorgung für verschiedene migrantische Gruppen hin.

Für die empirische Forschung einflussreich war die Entwicklung der Kategorie »Menschen mit Migrationshintergrund«, die seit 2005 etabliert und in repräsentativen Bevölkerungsumfragen, z.B. dem Mikrozensus oder dem SOEP (Sozio-ökonomisches Panel: eine repräsentative Wiederholungsbefragung in Deutschland zu Themen wie Einkommen, Zugang zu Bildung und Arbeit, Vermögen) verwandt wurde. Auf dieser Grundlage wurde ein Indikatorenansatz entwickelt, mit dem Ziel migrationspezifische Lebenslagen und soziale Einwanderungskonstellationen differenziert zu erfassen.

Der Nachteil der Kategorie »Menschen mit Migrationshintergrund« besteht darin, dass Migrant*innen durch die Kategorisierung als homogene Gruppe konstruiert werden. Die Diversität der Gruppen, sowie die Pluralität von Lebenslagen und sozialen Verhältnissen können dadurch nicht sichtbar werden. Das Dilemma zwischen Differenzierung und Zuschreibung lässt sich nicht einfach mit der Pluralisierung von Kategorien lösen, sondern erfordert alternative theoretisch-ana-

lytische Modelle wie auch die Integration von reflexiven Zugängen und Denkweisen in Public Health.

Erst durch die Verschiebung vom Status eines Merkmals zu gesellschaftlichen Verhältnissen erhält die Frage danach Sinn, welche (spezifischen) sozialen Determinanten für die gesundheitliche Lage verschiedener migrantischer Gruppen wirksam werden und welche Bedeutung Haltungen, Einstellungen und Handeln der Mehrheitsgesellschaft haben.

■ 1. Rassismus als Ungleichheitsstruktur

Erfahrungen von Rassismus und Diskriminierung gehören – bei großer Unterschiedlichkeit in Bezug auf Kolonialgeschichte und Apartheid – in Europa und Nord- und Lateinamerika, Kanada oder Australien zum Alltag migrantischer Personengruppen. Im angloamerikanischen Public-Health-Diskurs wird Rassismus als Ungleichheitsstruktur markiert.

Als Ungleichheitsstruktur benannt, erfolgt ein Wechsel in der Perspektive: Nicht allein die Erfahrungen und gesundheitlichen Lebenslagen der migrantischen Gruppen, sondern ihre soziale und kulturelle Bedingtheit, also auch die Auswirkungen von Herrschafts- und Gewaltverhältnissen in den Mehrheitsgesellschaften auf die gesundheitliche Situation von Menschen geraten in den Blick und sind so Veränderungen zugänglich.

Rassismus umfasst alle strukturellen Benachteiligungen auf der Grundlage von race, Ethnizität, Kultur oder Religion, wobei in den Konstruktionen der Mehrheitsgesellschaft die Kategorien vielfach miteinander verknüpft

und so »aufgeladen« werden. Die im angloamerikanischen Public-Health-Diskurs im Weiteren verwandten Konzepte von Rassismus sind unterschiedlich; mindestens aber wird zwischen personellen, interpersonellen und strukturellen Wirkweisen unterschieden; teilweise wird auch internalisierter Rassismus einbezogen.

Verschiedene Formen von Rassismus gehören Public-Health-Studien aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum zufolge zu den sehr häufigen Erfahrungen migrantischer Gruppen. Ferdinand et al. (2015) haben in Australien die *Culturally and Linguistically Diverse (CALD) Experiences of racism surveys* bei Erwachsenen durchgeführt. Nahezu 2/3 der Teilnehmer*innen der Studie berichteten von einer bis neun und mehr diskriminierenden Handlungen in den letzten zwölf Monaten, ca. 1/3 hatte keine solche Erfahrung gemacht. Unter den Formen der Diskriminierung wurden von mehr als der Hälfte derjenigen mit der Erfahrung von diskriminierenden Handlungen Sprüche, Witze oder das Hören von Stereotypen über racial, ethnisch-kulturelle oder religiöse Gruppen genannt. Diskriminierungen kamen im öffentlichen Raum, bei ihrer Erwerbstätigkeit, in Geschäften und Verkehrsmitteln und im System der Gesundheitsversorgung vor. Ein besonderes Augenmerk auf weitere politische Einstellungen der Mehrheitsbevölkerung etwa zu Flüchtlingspolitik, Grenzregimen oder zum Recht auf Nutzung öffentlicher Räume richtet der empirische Befund der australischen Studie, dass Erfahrungen von Diskriminierung stärker sind, wenn Kleidung oder andere äußere Merkmale als (eindeutiges) Zeichen für Migrationsstatus oder



Grabstein von Lothar von Trotha in Bonn. Er gab den Vernichtungsbefehl zum Völkermord an den Herero und Nama durch die deutsche Kolonialmacht im heutigen Namibia. © Aktion der Gruppe Bonn Postkolonial.

/ und ethnische Zugehörigkeit gewertet werden. Entsprechend haben mehr Männer als Frauen und besonders Muslimas (erklärt wurde das mit dem Tragen von Hijabs, Niqabs oder Burkas) und männliche Sikhs (erklärt wurde das mit dem Tragen von Turbanen) in der CALD-Studie häufigere rassistische Diskriminierungen angegeben.

In die gleiche Richtung weist die Studie von Perreira und Telles (2014), die sich auf lateinamerikanische Länder bezieht. Sie fanden heraus, dass Hautfarbe mit subjektiver Gesundheit korreliert – diejenigen mit hellerer Hautfarbe oder Weiße berichteten höhere Raten von guter oder sehr guter Gesundheit als solche mit mittleren Hautfarben oder Indigene. Diese hatten die schlechtesten Quoten subjektiver Gesundheit. Perreira und Telles bezeichnen dies als *Skin Colour Gradient*. Allerdings wirkt sich Selbstidentifikation ihren Auswertungen zufolge nicht auf subjektive Gesundheit aus. Im Vordergrund steht vielmehr die Attribution der Skin Colour, die sich ihren Analysen zufolge vermittelt über den SES (Socio Economic Status, der über die Indikatoren Bildung, Einkommen und Beruf bestimmt wird), differenziert nach Bildung und Wohlstand, und die erfahrene Diskriminierung auf subjektive Gesundheit auswirkt.

Angehörige von Mehrheitsgesellschaften konstruieren nicht nur Ethnizität oder race anhand äußerlicher Zeichen, sondern dies geht häufig einher mit diskriminierenden Verhaltenswei-

sen in alltäglichen Interaktionen oder in Institutionen.

Aus der sozialwissenschaftlichen Ungleichheitsforschung, insbesondere der Gender-Forschung, ist bekannt, dass Ungleichheitsstrukturen komplex und intersektional gestaltet sind, Erfahrungen von Diskriminierung also entlang verschiedener Achsen von Ungleichheiten und Benachteiligungen gemacht werden (können). So berichten auch Dutra et al. (2015) davon, dass sich in Lateinamerika Klassendiskriminierung stärker auf die subjektive Gesundheit auswirke als die ethnische oder racial Diskriminierung, während Schwarze Südafrikaner*innen über höhere Raten von nicht-racial Diskriminierung und niedrigere Raten von racial Diskriminierung als in US-Samples berichten würden. Es bleibt also zu klären, in welchem Verhältnis Rassismus und andere Achsen der Ungleichheit zueinander stehen. Es ist fraglich, ob dies in allen empirischen Studien über Rassismus und Gesundheit mit untersucht wurde. Die wenigen hier aufgeführten Befunde verweisen jedoch darauf, dass historische, soziale und kulturelle, darunter auch postkoloniale Verfasstheit von Gesellschaften, im Kontext von Public Health in eine Analyse einzubeziehen wären.

■ 2. Gesundheitliche Folgen von Rassismuserfahrungen

Rassismus wirkt sich negativ auf physisches und psychisches Stresserleben

von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen aus. Erwachsene stehen im Folgenden im Mittelpunkt. Modifizierend in Bezug auf das Stresserleben wirken sich Bewältigungsstile, soziale Klassenzugehörigkeit und das Bildungsniveau aus. Menschen mit einem höheren Bildungsabschluss geben in den Befragungen häufiger Diskriminierungen an. Es wird davon ausgegangen, dass dies durch stärkere Reflexion und kognitive Einordnung und damit die Fähigkeit zur Distanzierung von der eigenen Erfahrung bedingt ist.

Die empirischen Befunde über Auswirkungen von Rassismus auf körperliche Gesundheit und Krankheit sind bislang nicht eindeutig. So belegen einige Studien besonders bei chronischen und gravierenden Diskriminierungen, u.a. bedingt durch den dauerhaft erhöhten Cortisol Spiegel im Blut, erhöhte Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlafstörungen, erhöhten Blutdruck und erhöhte Mortalität. Andere empirische Studien können keine eindeutigen Zusammenhänge zwischen den Erfahrungen von Rassismus und Erkrankungen, z.B. kardio-vaskuläre Erkrankungen, nachweisen.

Eindeutiger sind empirische Befunde in Bezug auf die psychosozialen Auswirkungen von Rassismus. Paradies et al. (2015) haben mit ihrer Metaanalyse herausgefunden, dass Rassismus mit einer generell schlechteren psychischen Gesundheit korreliert, besonders mit Depressionen und Ängsten. Möglicherweise vermittelt über die psychologischen Stresserfahrungen, zeige sich eine deutliche Korrelation zwischen rassistischen Erfahrungen im Alltagsleben und gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen, wie z.B. Rauchen, missbräuchlichem Konsum von Alkohol und anderen Drogen. Dieses Handeln ist jedoch abhängig von der Häufigkeit der diskriminierenden Erfahrungen und ihrer Schwere – ein höheres Risiko korreliert mit der Häufigkeit und der Schwere von Diskriminierungserfahrungen.

Ziegler und Beelmann (2009) zitieren ein Experiment, nach dem das Stresserleben von Personen und der Blutdruck im Anschluss an Erfahrungen von Diskriminierungen bei dem Anschauen von Bildern mit rassistischen

schen Handlungen ansteigen. Dieser Blutdruckanstieg sei bei Menschen ohne vorherige Diskriminierungserfahrungen nicht nachzuweisen. Zudem würden chronische soziale Zurückweisung und sozialer Ausschluss Gefühle von Wut und Ärger steigern, die Sensitivität für Zurückweisungen steige und künftige Situationen würden als konflikthafter und bedrohlicher wahrgenommen. Dies führe dazu, dass für folgende negative Emotionen, die in Diskriminierungserfahrungen auftreten, mehr Bewältigungsressourcen benötigt werden. Langfristig wird die Selbstregulierungskapazität der Individuen dauerhaft beeinträchtigt. Die Autor*innen sprechen von Minoritäten Stress bzw. Minoritäten bezogener Stresserfahrung, die Angst vor Zurückweisung und – sehr häufig – internalisierte Selbstabwertung beinhaltet.

Vom Minoritäten Stress, bedingt durch alltägliche Erfahrungen von Rassismus, müssen die Folgen von Übergriffen im engeren Sinne unterschieden werden. Menschen, die Erfahrungen von Angriffen und körperlicher Gewalt machen mussten, haben laut Ziegler und Beelmann (2009) ein dreimal so hohes Risiko für Depressionen und eine fünfmal so hohe Prävalenz psychotischer Erkrankungen. Die schwerwiegenden Folgen traumatischer Erfahrungen infolge von Gewalt sind inzwischen gut belegt.

Es bleibt jedoch mit Blick auf die Verbesserung der Gesundheit verschiedener migrantischer Gruppen zu verstehen, wie und auf welche Weise rassistische Erfahrungen im Alltag sich unterhalb der Schwelle von direkter psychischer oder körperlicher Gewalt auf Gesundheit auswirken.

■ 3. Wege der Beeinträchtigung von Leben und Gesundheit durch Rassismus

Rassismus kann zunächst mit anderen sozialen Determinanten für Gesundheit interagieren oder zu höheren Risiken führen. Besonders bedeutsam ist ökonomische und soziale Deprivation, die wesentlich durch einen schlechteren Zugang zum Bildungssystem und zum Arbeitsmarkt mit bedingt ist.

Ferner kann Rassismus emotionale und kognitive Prozesse und damit verbundene Psychopathologie beeinflussen. Besonders internalisierter Rassismus und Selbst-Stereotypisierung können zu einem geringeren Selbstwertgefühl und schlechterem psychologischen Wohlbefinden führen, die sich über verschiedene Wege auf Gesundheit auswirken.

Ungesunde Verhaltensweisen wie Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, mangelnde Bewegung oder kohlehydrat- und fettreiche Ernährung können entweder direkt als Stressbewältigung oder indirekt über verringerte Selbstregulation oder, wie es einige Autor*innen vertreten, als »everyday resistance« wirksam werden. Ferdinand et al. (2015) zufolge kann Angst vor antizipierter Diskriminierung in spezifischen Settings zur sozialen Isolation von Individuen und Communities führen und somit indirekte Auswirkungen auf Gesundheit entfalten. Eine besondere Stellung nehmen Wissen und Kommunikation sozialer Gruppen ein, die sich auf Einstellungen und Gesundheitsverhalten auswirken können. Schließlich resultiert körperliche und emotionale Verletzung aus rassistischer Gewalt.

Die bisher beschriebenen Wege, über die Rassismus Leben und Gesundheit beeinträchtigen kann, sind im Rahmen

eines bio-psycho-sozialen Modells erklärbar. In der Public-Health-Forschung wird ein solches bio-psycho-soziales Modell etwa durch den Lebenslaufansatz oder die These der transgenerationalen Weitergabe von traumatischen Erfahrungen über Generationen vertreten.

Gleichwohl bleiben in diesen Ansätzen soziale, kulturelle und ökonomische Verhältnisse in der Regel unterbelichtet. Der Lebenslaufansatz bleibt etwa eindimensional, weil sein Zugang zu Gesellschaft vom Individuum aus erfolgt, und diese so in Ereignisabfolgen und damit auch unterschiedliche Pfade zerlegt werden kann. Die Frage der Verantwortlichkeit für strukturellen Rassismus bleibt dabei ebenso unberücksichtigt wie strukturelle Einflüsse und Bedingungen jeder Art, so auch von sozialen, ökonomischen und politischen Verhältnissen.

Krieger (2014) entwickelt eine ökosoziale Theorie von Gesundheit, die Perspektiven auf biologischer, öko-sozialer und sozialer Ebene miteinander verknüpft. Dabei geht sie von Verkörperung aus und analysiert diese in Bezug auf Pfade der Verkörperung: unter dem Blickwinkel sozialer Arrangements von Macht, Eigentum, Produktion, Konsum und Reproduktion auf der einen Seite sowie biologischen Möglichkeiten und Grenzen auf der anderen Seite. Krieger betont dabei die Notwendigkeit, das komplexe Zusammenspiel von Exposition, Anfälligkeit und Widerstand auf unterschiedlichen Ebenen (individuell, Nachbarschaft, nationale, inter- oder supranationale Ebene) und in unterschiedlichen Bereichen (Arbeit, Schule etc.) sowie die Verantwortlichkeiten und die Handlungsfähigkeit von Institutionen und Wissenschaft zu berücksichtigen.

Mit diesem theoretischen Hintergrund kommt sie zu weiterführenden Ergebnissen: So bezieht sie die Kategorien sozial auferlegte Traumata, gezieltes Marketing von gesundheitsschädigenden Lebensmitteln und Widerstand gegen racial Unterdrückung als Einflussfaktoren auf Gesundheit mit ein. Dies zeigt deutlich, dass gesundheitliche Ungleichheit verschiedener migrantischer Gruppen als »biologischer Ausdruck von Rassismus« zu bezeichnen ist – und eine konsequent soziale Perspektive beinhaltet. Damit integriert die öko-soziale Theorie von Gesundheit bio-psycho-soziale Modelle, geht aber weit über diese hinaus, indem sie soziale, kulturelle und ökonomische Verhältnisse systematisch einbezieht. Dadurch kann sie individualistische und biologistische Verkürzungen vermeiden.

■ 4. Anschlüsse für Kritische Gesundheitswissenschaften

Von besonderem Interesse für Kritische Gesundheitswissenschaften ist zunächst die grundsätzliche Frage nach gesundheitsschädigenden Wirkungen von Rassismus. Die oben skizzierten Studien haben gezeigt, dass rassistische Diskriminierungen und Abwertungen die Gesundheit verschiedener migrantischer Gruppen beeinträchtigt. Aus Public-Health-Perspektive ist dies weder mit Gerechtigkeit in Bezug auf den Zugang zu Gesundheitsversorgung noch mit einem Menschenrecht auf Gesundheit und körperlich-psychische Unversehrtheit zu vereinbaren.

Die Public-Health-Forschung in Deutschland könnte viel



von den anglo-amerikanischen Studien profitieren. Denn die Stärken vieler angloamerikanischer Studien zu Rassismus und Gesundheit liegen darin, dass sie explizit einen makrostrukturellen herrschaftskritischen und gesellschaftsstrukturellen Zugang zu Rassismus zugrunde legen. Dieser ist in materialistischen, soziologischen, postkolonialen Ansätzen oder/und in antirassistischer Bildungsarbeit verwurzelt. Dadurch kann die beschreibende Betrachtung sozialer Ungleichheiten überwunden werden. Vielmehr rückt die Perspektive auf Herrschaft Analysedimensionen von Hegemonie, Widerstand, agency in den Vordergrund. Damit ist in vieldimensionaler Weise die Hegemonie gesellschaftlicher Kräfteverhältnisse von Interesse und damit Umkämpftheit, wie auch die Interessen und Handlungsstrategien verschiedener gesellschaftlicher Akteur*innen erfasst. Der Blick auf Strukturen, die sich auf Gesundheit auswirken, somit auch auf Rassismus, erweitert sich mittels einer hegemonietheoretischen Perspektive im Hinblick auf ihre Kontingenz und die Notwendigkeit ihrer beständigen Reproduktion.

Im Mittelpunkt dieser Prozesse steht der Körper in seinem Verhältnis zur Gesellschaft. Krieger und andere stellen das gesundheitliche Ergebnis – also die biologisierte Manifestation von Rassismus als Verkörperung – in den Mittelpunkt. Der Blickwinkel der Verkörperung kann aber auch genutzt werden, um die gesellschaftliche Seite der gesundheitlichen Beeinträchtigungen weiterführend näher zu beleuchten. Dazu gehört die Analyse sozialer Beziehungen zwischen herrschenden und beherrschten Klassen (Bourdieu). Denn Bourdieu zufolge existiert eine

hegemoniale »abgepresste Übereinkunft« zwischen Herrscher*innen und Beherrschten. Es gehört nach Bourdieu zu den konstitutiven Praxen sozialer Herrschaft, dass Menschen / Personengruppen, die häufig Abwertung und Diskriminierung erfahren, dazu imstande sind, sich durch den Blick der Herrschenden mit deren Augen als unterlegen wahrzunehmen. Dies produziert und reproduziert sich durch alltägliche, kleine Gesten, Blicke, Bemerkungen, Sprache oder bildliche Darstellungen. Die bei Beherrschten auftretenden Gefühle wie Stress, Scham oder Peinlichkeit drücken soziale Herrschaftsbeziehungen aus. Mit Bourdieu lässt sich dieses Verhältnis als »symbolische Gewalt« bezeichnen.

Es ist aus meiner Sicht vielversprechend für Public Health, die ökosoziale Theorie Nancy Kriegers und die Analyse symbolischer Gewalt unter dem Fokus der Verkörperung zu verknüpfen. Kritischer Gesundheitswissenschaft käme damit die Aufgabe zu, die kritische Perspektive in doppelter Weise auf Gesundheit / gesundheitliche Lage und auf soziale Herrschaftsverhältnisse als gesellschaftliche Verhältnisse zu beziehen. Mit symbolischer Gewalt wird der Blickwinkel gerichtet auf das Verhältnis zwischen Herrschenden und Beherrschten; die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit verschiedener Gruppen im Kontext von Public Health könnte so aus der zirkulären empirischen Bestätigung der Benachteiligung herausführen und in einen größeren Kontext gesellschaftlicher Verhältnisse gestellt werden.

Das hieße bezogen auf Rassismus und Gesundheit: soziale Ungleichheit, Flüchtlingspolitik, die Politik der Schließung der Grenzen in Europa, Rechtspopulismus und rassistische Hetze in

Europa, das Erstarren von Islamophobie oder die Darstellung von Migrant*innen und Flüchtlingen in den Medien in Public Health mit einzu beziehen; Verantwortlichkeiten für diese Politiken und Unterdrückung sowie Handlungsspielräume von Migrant*innen und Flüchtlingen in Bezug auf ihr Leben und ihre Gesundheit klar zu benennen und in die Analyse gesundheitlicher Lagen einzubeziehen.

Damit werden die Analyse von gesundheitlichen Lagen und das Entwickeln geeigneter gesundheitsförderlicher Interventionen in einen antirassistischen und gesellschaftskritischen Kontext eingebettet und die Adressat*innen wie auch die Form der Interventionen würden sich anders gestalten. So wäre dann die Mehrheitsgesellschaft und nicht in erster Linie die migrantischen Gruppen selbst – Zielgruppe von gesundheitsförderlichen und gesellschaftlichen Interventionen, z.B. durch antirassistische politische Bildungsarbeit, Anti-Diskriminierungskampagnen, politische Initiativen, Gesetzgebungen. In Bezug auf migrantische Gruppen kommt neben kompensatorischen gesundheitsförderlichen Interventionen die Erweiterung der Handlungsfähigkeit in Frage; dazu gehört auch politischer Widerstand.

Mit Krieger wäre also hervorzuheben, dass es auch darum geht, dass Migrant*innen mehr Handlungsmächtigkeit im Sinne der Ottawa-Charta durch politischen Widerstand gewinnen. Hierdurch lasse sich nachweislich das Risiko für Bluthochdruck bei Afroamerikaner*innen senken. Entsprechende Studien stehen für Deutschland noch aus.

Dr. Regina Brunnett, Diplom-Soziologin, Gesundheitswissenschaftlerin, Professorin für Gesundheitswissenschaften an der Hochschule für Wirtschaft und Gesellschaft Ludwigshafen. Arbeitsschwerpunkte: soziale und gesundheitliche Ungleichheit, Diversität und Gesundheit.

Die Langfassung des von uns gekürzten Textes wurde zuerst im Jahrbuch für kritische Medizin, Band 51/2016 veröffentlicht; sie findet sich mit Literaturliste auf der Homepage des vdaa: https://vdaae.de/images/M_images/Brunnett_Rassismus_und_Gesundheit.pdf

Nachlass unser

Wie (vermeintliche) Erkenntnisse Machtverhältnisse konstituieren – von Cevher Sat und Urs Mörke

Mit einigem Unbehagen wird im Moment zur Kenntnis genommen, dass die Wissenschaften, auf denen ›westliche‹ Gesellschaften ihr Selbstverständnis zu einem großen Teil aufbauen, nicht in einem Vakuum existieren. Umgestoßene Statuen von Sklav*innenhalter*innen haben einen Diskurs angestoßen, der selbst die Größen der europäischen Aufklärung in Erklärungsnot brächte, hätten sie sich nicht schon dadurch aus der Affäre gezogen, vor Jahrhunderten zu sterben. Um die benötigte Kritik auszuüben, müssen wir aber noch nicht einmal in den Annalen der Geschichte wühlen. Ein Blick ins Hier und Jetzt zeigt, dass genug zu tun ist. Dabei ist es allerdings nicht nur nötig, einige Personen vom Sockel zu holen – sondern auch, den Sockel selbst zu prüfen.

Zwei mit diesem Sockel eng verbundene Disziplinen sind die Psychologie und die Evolutionswissenschaften. Erstere rationalisierte das Irrationale, letztere löste das Rätsel der Herkunft unserer Spezies. Somit ist es nicht verwunderlich, dass Wissenschaftler*innen, die Psychologie und Evolution verbinden, Evolutionspsycholog*innen, gerne von Journalist*innen, Politiker*innen und der Allgemeinbevölkerung herangezogen werden, um Alltägliches zu erklären. Rationaler kann es schließlich kaum werden. Wir mögen Süßes? ›Klar, Energie in Form von Zucker ist überlebenswichtig!‹ Die Gesellschaften des globalen Nordens¹ sind reicher als die des globalen Südens: ›Bei jenen waren ja auch die Winter kälter, da musste hart gearbeitet werden, um überleben zu können!‹ In warmen Gegenden habe man sich um so etwas keine Sorgen machen müssen. Wie in dieser Aussage argumentiert der Göttinger Angstforscher Dr. Borwin Bandelow, Psychiater und Ehrenvorsitzender der *Gesellschaft für Angstforschung*. Nicht nur innerhalb der Wissenschaft hat er sich einen Namen gemacht, er ist auch ein beliebter Interviewpartner im Fernsehen und in Zeitungen; obendrein verkauft er populärwissenschaftliche Bücher. Vom Magazin *Cicero* wurde er zu einem der 500 einflussreichsten deutschsprachigen Intellektuellen erklärt. Dabei legen sein Einfluss und Erklärungen wie die obige bloß, wie tief rassistische Erklärungsmuster in der Wissenschaft verwurzelt sind.

Bandelow zufolge ist die globale ökonomische Ungleichheit zugunsten des globalen Nordens nämlich Ergebnis eines genetisch angelegten höheren Angstlevels, das in »nachhaltigerem« Verhalten als bei den »Unbekümmerten« im globalen Süden resultiere. Nicht gewaltsame Enteignung und Ausbeutung von Menschen, sondern Sparsamkeit und Nachhaltigkeit sind also Grundlage des Reichtums? Diese biologistische Erklärung reiht sich in eine wissenschaftliche Praxis ein, die die

kolonialen Ursprünge des Reichtums des globalen Nordens verdrängt und diese Ursprünge stattdessen in Erzählungen von Nachhaltigkeit, ›Fortschrittlichkeit‹ und Rationalität verortet. Dabei waren es die Wissenschaften selbst, die durch die Konstruktion hierarchisierbarer ›Rassen‹ eine intellektuelle, kognitive Begründung für die Ausbeutung Schwarzer² und indigener Menschen geliefert haben.

Das ›koloniale Projekt‹ war neben der Anthropologie jedoch auch von der Wissensproduktion durch Disziplinen wie Botanik, Geographie und Linguistik begleitet. Sie lieferten bereits vor dem zunehmenden Einfluss der ›Rassentheorien‹ im 19. Jahrhundert das notwendige Herrschaftswissen über die zu kolonisierende außereuropäische Welt. So ist es nicht verwunderlich, dass Geographen Sitze im Kolonialrat des Deutschen Kaiserreiches innehatten und Politikberatung betrieben.

In post- bzw. dekolonialen Diskursen soll mit dem Begriff der sogenannten epistemischen Gewalt der Zusammenhang von (wissenschaftlichem) Wissen und globalen Ungleichheits-, Macht- und Herrschaftsverhältnissen analysiert werden – somit also auch die kolonialen Verstrickungen wissenschaftlicher Disziplinen. Diese Perspektive auf Wissen erlaubt es zu verstehen, dass Rassismus ebenso wie die Wissensproduktion konstitutiv für den Kolonialismus waren und dies weiterhin für dessen Kontinuitäten sind. Die vermeintliche Objektivität und historische Ungebundenheit der Wissenschaften werden auf diese Weise infrage gestellt und in einen konkreten gesellschaftlichen Kontext eingebettet.

So ist ein Aspekt epistemischer Gewalt ihre Funktion in der Normalisierung und Rechtfertigung anderer Gewaltformen. Das oben genannte Beispiel der ›Rassenlehre‹ ist in diesem Kontext zentral. Menschen wurden im Zuge der Systematisierung der Welt in ›Rassen‹ kategorisiert und diesen Gruppen wurden (und werden) wiederum Eigenschaften zugeschrieben, die die brutale Ausbeutung nicht-weißer Menschen sowohl gerechtfertigt als auch reproduziert hat. Ihre Kulturen und Beziehungen wurden zudem als schlicht nicht ›rational‹ der Zerstörung preisgegeben, um aus dem Kolonisierten gar einen »Feind der Werte« zu machen, wie es der Antikolonialist und Psychiater Frantz Fanon ausdrückte. Herrschaft und Versklavung durch weiße Europäer*innen waren dadurch nicht nur legitim, sondern eine von der Natur vorgegebene Notwendigkeit.

Die rassistische Kategorisierung wirkt heute in subtilerer Weise in Form dominanter Narrative des ›fortschrittlichen‹, ›rationalen‹ globalen Nordens, im weißen wissenschaftlichen Kanon und in einer Geschichtserzählung, die die Gewalt des Kolonialismus verschleiert – dies ist die den Kolonialismus überdauernde epistemische Gewalt. Der Eurozentrismus die-

ser Narrative und die Institutionalisierung der *weißen* Perspektive als objektiv und hegemonial sind folglich nicht willkürlich, sondern müssen in globalen Machtverhältnissen verortet werden.

Blieben wir gedanklich bei den ökonomischen Ungleichverhältnissen, identifizieren wir epistemische Gewalt in der Produktion von stereotypem Wissen über den globalen Süden, der als »irrational« und noch »in Entwicklung« konstruiert wird. Dass die kontinuierliche Herstellung des Reichtums des globalen Nordens im Verhältnis zum globalen Süden auf der asymmetrischen Verteilung von Arbeit und Ressourcen beruht, und dass diese Verteilung wiederum auf die koloniale Ordnung zurückzuführen ist, wird unsichtbar gemacht und stabilisiert die vorherrschende Gewalt.

Die Machtverhältnisse drücken sich auch darin aus, dass Wissensproduktion für Menschen aus dem globalen Norden quasi ein Heimspiel ist. Die prestigereichsten Zentren der Wissensproduktion liegen nämlich in den USA und Europa. Grundlage ihrer Forschungen sind von *weißen* Menschen, oft genug Profiteur*innen des Kolonialismus, entwickelte Ansätze. Von diesem Standard abweichende Formen der Wissensproduktion bekommen selten die Unterstützung mächtiger Institutionen und das mit ihnen verbundene soziale, kulturelle und ökonomische Kapital. Übernommene Ansätze werden dagegen oftmals für den Profit *weißer* Unternehmer*innen kapitalisiert und der Kontrolle der *Communities* entzogen, die sie entwickelt haben. Dies geschieht beispielsweise in der Pharmaindustrie und der Landwirtschaft, wo indigenes, häufig mündlich weitergegebenes Wissen über Existenz und Nutzung von Nahrungs- und Heilpflanzen durch Organisationen des globalen Nordens patentiert wird, sodass diese nunmehr das Monopol auf natürliche Ressourcen wie zum Beispiel Reis und Weizen besitzen. Diese Praktiken intellektueller Kolonisierung verschärfen die globale Ungleichheit und stabilisieren intellektuelle Strukturen, die Machtverhältnisse rechtfertigen.

In anderen Bereichen schließt sich die Medizin unreflektiert stereotypem Wissen an, das der Erhaltung eines rassistischen Systems dienen kann. Da



BLM-Straßengraffiti mit den Namen ermordeter BIPOC © BY 2.0

sind zum Beispiel die Diagnostik und Therapie nach zugeschriebener Ethnie. Die CKD-EPI-Formel für die Berechnung der Nierenfunktion etwa fordert die Multiplikation des berechneten Wertes mit 1,159, wenn die betreffende Person eine »schwarze Hautfarbe« hat. Hier zeigt sich, wie einige Dinge zusammenspielen, die sich auch schon bei Bandelow andeuten: Objektiv erscheinende Daten fließen mit einigen (un-)bewussten Vorannahmen zusammen, um eine Interpretation zu ergeben, die den Forschenden noch nicht einmal als solche bewusst sein muss. Wenn ein Datensatz zeigt, dass Schwarze US-Amerikaner*innen durchschnittlich einen höheren Kreatininwert vorweisen, heißt das nicht, dass *alle* Schwarzen das tun. Es heißt noch nicht einmal, dass es unbedingt am Schwarzsein liegt. Genetische Faktoren wurden hier (und auch in anderen, ähnlichen Fällen) nie gefunden.

Die Medizin, die zeigte, dass Menschen mit einem Feuerzeug in ihrer Tasche nicht deshalb häufiger an Lungenkrebs sterben, sondern weil sie oft rauchen, vergisst, dieselbe Logik bei rassifizierten Gruppen anzuwenden. Sie verfällt in stumpfen Positivismus und reproduziert dabei in diesem Fall das Bild der Schwarzen als klar biologisch abgrenzbare Gruppe zu *weißen*. Das Paper »Hidden in Plain Sight — Reconsidering the Use of Race Correction in Clinical Algorithms« aus dem

New England Journal of Medicine legt obendrein dar, dass durch die meisten dieser »angepassten« Tools Schwarze Patient*innen in niedrigere Risikogruppen als *weiße* einsortiert werden, wodurch sie eventuell zu spät behandelt werden.

Diese Werte könnten auch gesellschaftlich erklärt werden. Die Suche nach unabänderlichen Naturgesetzen ist damit aber nicht vereinbar. Anstatt also nun Messwerte und Beobachtungen mit Gesellschaftstheorien zusammenzufügen, werden sie isoliert betrachtet. Und auch die Forscher*innen selbst sehen sich als Atome, die ungebunden im Raum umherschwirren. Dabei ist das Wissen, das sie produzieren, nur innerhalb einer bestimmten gesellschaftlichen Konstellation möglich und wird nur in dieser als mehr oder weniger wissenschaftlich wahrgenommen. Die herrschenden Bedingungen und Diskurse stecken den Raum des Denkbaren ab und strukturieren ihn innerlich. Deshalb können wir auch beispielsweise auf die Wissenschaft des 19. Jahrhunderts oft nur kopfschüttelnd zurückschauen: Die Zeit für manche dieser Theorien ist abgelaufen. Trotzdem wurden sie von ihren Zeitgenoss*innen als hochmodern und überaus korrekt angesehen. Dieselbe Skepsis, die wir vergangenen Forschungen entgegenbringen, sollten wir gerade deshalb auch auf gegenwärtige anwenden. Nur so können wir Wissenschaft kritisieren, die Herrschaftsverhältnisse unterstützt, während sie wirksam ist.

Von Urs Mörke und Cevher Sat, beide sind Aktive im Arbeitskreis Antirassismus der Universitätsmedizin Göttingen

- 1 Wir sprechen vom globalen Norden und Süden, um globale Ungleichverhältnisse zu adressieren, ohne auf negativ behaftete Begriffe wie »Dritte Welt« zurückgreifen und die damit verbundenen Assoziationen reproduzieren zu müssen. Nord/Süd werden dabei abgelöst von ihrer geografischen Bedeutung verwendet.
- 2 Schwarz und *weiß* beschreiben keine Hautfarben, sondern konstruierte Positionen in einer rassistischen Gesellschaft. Schwarz ist eine Selbstbezeichnung und wird großgeschrieben. *Weiß* hat die Funktion, eine dominante, privilegierte Position, die häufig nicht benannt wird, sichtbar zu machen.

Kranke Normalität

Ria Prilutski über die Wirkungsweisen von Rassismus im (deutschen) Gesundheitssystem

Alle oder nahezu alle Menschen im deutschsprachigen Raum haben wohl schon etwas über Rassismus gehört, und viele glauben, gut darüber informiert zu sein. Wenn man sie jedoch fragt, was Rassismus genau ist, kommt meistens eine diffuse und verkürzte Antwort nach dem Muster: »Na, das ist, wenn man Schwarze für schlechter hält als Weiße«. Im schlimmsten Fall wird noch in bester Absicht auf die Gleichheit von Rassen hingewiesen oder gar eine rassistische Gruppenbezeichnung genannt. Um zu verstehen, was Rassismus ist, muss man als erstes verstehen, wie er wirkt. Aus diesem Grund verbinde ich in diesem Artikel grundlegende sozialwissenschaftliche Erkenntnisse mit Fallbeispielen aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung.

Das entspricht auch den Aufgaben unseres Vereins, denn Medinetz Jena e.V. engagiert sich gegen Rassismus auf zwei miteinander verknüpfte Weisen: Einmal praktisch, durch Unterstützung von Personen, die aus dem deutschen Gesundheitssystem ganz oder teilweise ausgeschlossen sind, und einmal theoretisch, durch Bildungs- und Aufklärungsarbeit zu Themen wie Rassismus und soziale Ungleichheit.

Rassen, schreibt der Soziologe Wulf D. Hund, sind ein Produkt des Rassismus und nicht seine Voraussetzung. Rassismus beschreibt also einen Prozess und eine Ideologie, durch die Rassen hergestellt werden. Rassen sind soziale Konstruktionen und also nur wirksam, weil Personen kollektiv daran glauben und entsprechend handeln. Das Wort ist gerade in Deutschland jedoch massiv diskreditiert, und so spricht man oft nicht mehr von Rassen, sondern von Ethnien, Kulturkreisen oder »Migrationshintergründen«. Rassismus ist jedoch nicht auf den Rassenbegriff angewiesen und verschwindet nicht allein dadurch, dass man bestimmte Begriffe meidet. In der Forschung, und zunehmend auch unter Betroffenen, hat sich mittlerweile der Begriff »Rassifizierung« etabliert, mit dem genau diese Prozesse der Rassenkonstruktionen gemeint sind.

Die Psychologin Birgit Rommelspacher unterscheidet vier Dimensionen der Rassifizierung: Durch *Naturalisierung* werden bestimmte kulturelle und soziale Eigenschaften als natürlich und unveränderbar bestimmten

Gruppen von Menschen zugeschrieben. Die *Homogenisierung* sorgt dafür, dass Mitglieder dieser Gruppen als Einheit gesehen werden, so dass man von einem Individuum auf die gesamte Gruppe schließen zu können meint. Durch *Polarisierung* werden die auf diese Weise konstruierten Gruppen einander gegenüber gestellt, und zwar als unvereinbar oder sich gegenseitig ausschließend. Schließlich sorgt die *Hierarchisierung* für ideologische Abwertung und materielle wie symbolische Benachteiligung einiger dieser Gruppen im Vergleich zu anderen. Rassismus, genauso wie andere zentrale Diskriminierungsformen in modernen Gesellschaften (wie Sexismus oder Klassismus), entwickelte sich als Rechtfertigungs-ideologie für soziale Ungleichheiten, weswegen Rommelspacher dafür auch den Begriff »Legitimationslegende« verwendet.

Wir können daraus schließen, dass es nicht ausreicht, nicht mehr von Rassen zu sprechen oder keine offensichtlichen rassistischen Beleidigungen mehr zu verwenden. Überall dort, wo Menschen als homogene, sich gegenseitig ausschließende und/oder miteinander konkurrierende Gruppen mit nicht änderbaren Eigenschaften erscheinen und wo einige Menschen aufgrund dieser Darstellungen Vor- und Nachteile erfahren, können rassifizierende Ideologien am Werk sein. Auch wenn solche naturalisierenden Verallgemeinerungen »Ethnien« und »Kulturen« genannt werden, sind inhaltlich nichts Anderes als Rassen gemeint.

Die Merkmale, die zur Konstruktion rassifizierter Gruppen herangezogen werden – also die Erzählungen, worin genau die Unterschiede zwischen diesen Gruppen liegen – können dabei sehr unterschiedlich sein. Im modernen Kolonialrassismus sind es bekanntermaßen die Hauttöne sowie die Haarstruktur und die Gesichtszüge. In anderen Fällen werden anhand der Sprache, der geographischen Herkunft oder der religiös konnotierten Kleidung homogene Gruppen konstruiert. Wenn sich keine Merkmale ausfindig machen, können sie auch erfunden oder diskursiv »ins Blut verlagert« werden – so zum Beispiel beim rassifizierenden Antisemitismus oder bei der historischen One-Drop-Rule in den USA, bei der jede Person rechtlich als Schwarz eingestuft wurde, die Schwarze Vorfahren hatte, selbst wenn sie äußerlich nicht von Weißen zu unterscheiden war. Aufgrund dieser enormen Vielfalt von rassifizierenden Zuschreibungen wird in der Forschung häufig von Rassismen im Plural gesprochen.

Welche Auswirkungen hat ein komplexes Phänomen der Unterdrückung und Diskriminierung wie Rassismus nun gesellschaftlich betrachtet, oder konkreter: im Bereich der Gesundheitsversorgung? In seiner Wirksamkeit kann man Rassismus dreidimensional begreifen. Einerseits ist Rassismus ein *Vorurteil*, das auf der zwischenmenschlichen Mikroebene wirkt. Vergleichsweise harmlose, aber für Betroffene dennoch lästige Beispiele dafür sind etwa der Glaube, dass



Statue von Cecil Rhodes in Südafrika – geköpft bei Protesten. Die Denkmäler werden von der »Rhodes Must Fall«-Bewegung als »unverhohlene Glorifizierung des rassistischen und blutigen Projektes des Empire« empfunden, Wikimedia Commons, Zaian © BY 2.0

Schwarze Menschen keinen Sonnenbrand bekommen können oder die Überzeugung, dass sie sportlich begabt sein müssen.

Zweitens ist Rassismus als *Ideologie* zu begreifen, die eine Ungleichbehandlung in Bezug auf Personengruppen rechtfertigt (darauf bezieht sich auch Rommelspachers Begriff der Legitimationslegende). Ein markantes historisches Beispiel aus dem medizinischen Bereich ist der bis weit ins 20. Jahrhundert verbreitete Glaube an die verminderte Schmerzempfindlichkeit Schwarzer Menschen, der für die Betroffenen fatale Konsequenzen hatte. Der Übergang von Vorurteilen zu Ideologien ist zwar fließend, jedoch lassen sich Ideologien nicht so einfach durch individuelle Anstrengungen abbauen wie individuelle Vorurteile, und sie bleiben oft über Jahrhunderte wirksam. Der Mythos über die unechten Schmerzen rassifizierter Patient*innen etwa lebt weiter in veränderter Form auch im heutigen Deutschland. Ein Beispiel hierfür ist die Pseudodiagnose »Morbus mediterraneum«, von der auch die Kritische Medizin München in ihrem Essay über Rassismus in der Medizin schreibt (siehe den Text auf S. 4ff.) und die auch heute dafür sorgt, dass die Schmerzen migranti-

scher Patient*innen nicht ernst genommen werden. Dieses Verhalten wurde vor einigen Jahren auch an einer Station des Jenaer Uniklinikums beobachtet: Menschen mit auffälligen Namen oder Aussprache wurden von Pflegekräften als »Morbus Südländer« diffamiert.

Schließlich ist Rassismus immer auch ein *soziales Verhältnis*, das die Organisation der Gesellschaft in ihrer spezifischen historischen Form beeinflusst. Hier wirkt er auf struktureller Ebene und weitgehend unabhängig von Überzeugungen oder Intentionen einzelner Personen. Im Gesundheitsbereich besteht struktureller Rassismus vor allem in Fragen des Zugangs. Rassifizierte Gruppen können aus zwei Gründen einen tendenziell schlechteren Zugang zu medizinischer Versorgung haben: Entweder aufgrund einer Sonderregelung, durch die sie systematisch diskriminiert werden (das prominenteste Beispiel aus unserer Arbeit ist das Asylbewerberleistungsgesetz), oder weil sie ihre (theoretisch vorhandenen) Rechte aufgrund ihrer sozialen Benachteiligung nicht wahrnehmen können. So können viele Geflüchtete oft keine ärztliche oder psychotherapeutische Hilfe wahrnehmen, wenn ihnen kein*e Dolmetscher*in zur Verfü-

gung gestellt wird. Hinzu kommen oft gesundheitsgefährdende Lebensbedingungen (isolierte Massenunterkünfte, die jetzt in Pandemiezeiten oft als Ganze unter Quarantäne gestellt werden) und gesundheitliche Schäden durch Diskriminierung als solche. Für gravierend benachteiligte Personengruppen wie Asylsuchende oder Menschen ohne Aufenthaltserlaubnis ist struktureller Rassismus alltäglich und allgegenwärtig. Es ist eine, wenn auch traurige und skandalöse, Normalität.

Die verschiedenen Dimensionen und Wirkungen von Rassismus sind natürlich nur analytisch trennbar, in der Praxis hängen sie oft miteinander zusammen und bedingen sich gegenseitig.

In einem Fall aus unserer Praxis weigerte sich ein Kinderarzt am Telefon, einen Säugling zu behandeln, dessen Vater lediglich eine Duldung und dessen Mutter keine Aufenthaltserlaubnis in Deutschland besaß. Die Begründung lautete, dass die Eltern nach seiner Meinung das Land verlassen sollten und dies nur tun werden, wenn niemand ihr Kind behandelt. Die strukturelle Ebene des Rassismus bewirkt in diesem Fall, dass der Zugang zur medizinischen Versorgung für eine (u.a. nach Kriterien der Staatsangehörigkeit

und geographischer Herkunft) rassifizierte Gruppe der Illegalisierten erschwert wird, und diese strukturelle Benachteiligung wird durch die Schwierigkeit der Vaterschaftsanerkennung in rechtlich prekären Situationen sowie durch das deutsche Abstammungsrecht von der Mutter an das Kind weitergegeben. Die ideologische Komponente sorgt dafür, dass die Menschheit in der Wahrnehmung des Arztes in klar voneinander abgegrenzte Gruppen aufgeteilt wird, deren Mitglieder unterschiedliche Berechtigung haben, sich an einem bestimmten Ort aufzuhalten und dort medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Dadurch, dass diese Ideologie nicht nur von einem einzelnen Arzt, sondern kollektiv und politisch wirksam vertreten und umgesetzt wird, werden Gruppen wie Geduldete und Illegalisierte erst erschaffen und von dem Recht auf medizinische Versorgung weitgehend ausgeschlossen, was die ideologische Ebene wiederum bekräftigt. Im konkreten Fall wird auf der zwischenmenschlichen Ebene die (Gleich-)Menschlichkeit des Kindes durch die Behandlungsverweigerung in Frage gestellt: Das Baby hat in den Augen des Arztes keinen Patient*innenstatus, sondern wird degradiert zum Mittel der Disziplinierung seiner Eltern.

In einem Fall aus der Arbeit des Anonymen Krankenscheins Thüringen wurde eine Patientin of Colour in einer Arztpraxis dazu aufgefordert, die Behandlung als Privatpatientin zu bezahlen, obwohl sie einen anonymen Krankenschein vorlegte, nach dem die Behandlung abgerechnet werden konnte. In einem Telefonat entschuldigte sich die Ärztin zwar, rechtfertigte ihre Handlungen jedoch damit, dass »solche immer betrügen würden«. Hier verschränkt sich das rassistische Vorurteil mit der strukturellen Dimension des Zugangs zu medizinischer Versorgung.

In einem Fall, von dem uns die Organisation *Women in Exile* im Rahmen des Workshops über die Gesundheitsversorgung von geflüchteten Frauen berichtete, handelte es sich um eine aus Eritrea geflohene junge Frau, die sich auf der Flucht ein Hormonimplantat zur Verhütung einsetzen ließ. Dies ist unter Frauen auf der Flucht eine verbreitete Praxis, da sie damit rechnen müssen, auf ihrem Weg nach Europa vergewaltigt zu werden. Das Implantat sollte jedoch nach einem Jahr entfernt werden. Die Frau bekam nach ihrer Ankunft in Deutschland schwere Beschwerden (Blutungen) und suchte einen Gynäkologen auf, dem sie ihrer Geschichte erzählte mit der Bitte, das Implantat zu entfernen. Der Arzt teilte ihr jedoch mit, dass er das nicht tun wird, da Verhütung eine private Entscheidung sei und keine Krankenkasse die Entfernung des Implantats bezahlen wird. Die junge Frau wurde gezwungen, mit dem Implantat und der sich erschwerenden Beeinträchtigung damit weiter zu leben. An diesem Fall wird die Wirksamkeit von Rassismus als soziales Verhältnis deutlich, da Rassismus hier durch eine unreflektierte »Gleichbehandlung« reproduziert wird. Die Intention des Arztes, der den Eingriff verweigert, muss nichts mit rassistischen Vorurteilen zu tun haben, um rassistische Effekte zu erzeugen: Durch die formalisierte Anwendung eines ideologischen und gesundheitspolitisch legitimierten Grundsatzes (»Verhütung ist Privatsache«) entsteht eine rassifizierende Ungleichheit zwischen Menschengruppen, indem ihre ungleichen Lebenschancen und -situationen negiert werden.

Der Fall erscheint uns symptomatisch für den Umgang mit

reproduktiven Rechten von geflüchteten Frauen, der, zumindest in seinen Konsequenzen, auch die Spuren der eugenischen Tradition der rassistischen Reproduktionskontrolle in sich trägt: Rassistisch Privilegierte entscheiden, welchen Teilen der Bevölkerung und in welchem Umfang das Selbstbestimmungsrecht in Fragen der Verhütung und der Geburt zugestanden wird. Gerade die reproduktive Selbstbestimmung von geflüchteten Frauen bleibt in der Arbeit von unserem Verein und ähnlichen Organisationen ein enormes Problemfeld. So berichteten *Women in Exile* von einem Fall, in dem bei einer geflüchteten Frau ohne ihre Einwilligung während eines anderen Eingriffs ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen wurde. In unserer Arbeit gab es vor einigen Jahren einen Fall, bei dem einem 18-jährigen geflüchteten Mädchen eine ungewollte Schwangerschaft durch gezielte Lügen, eine Abtreibung wäre in Deutschland verboten, aufgezwungen wurde – mit desaströsen Konsequenzen für die Betroffene.

Diese Ausführungen sind gleichzeitig als Einladung zu verstehen – Einladung zur interdisziplinären Auseinandersetzung mit Rassismus und zu analytischen und zugleich sensibilisierten Blick auf seine Auswirkungen. Wenn wir Rassismus besser verstehen und erkennen können, können wir ihn hoffentlich effektiver bekämpfen.

Ria Prilutski ist Soziologin und Mitglied von MediNetz Jena e.V.

Literatur

Wulf. D. Hund: »Rassismus«, Bielefeld 2007

Kritische Medizin München: »Über Rassismus in der Medizin – Ein Essay der Kritischen Medizin München«, 2020, in: <https://kritischemedizinmuemchen.de/ueber-rassismus-in-der-medizin/>

Birgit Rommelspacher: »Was ist eigentlich Rassismus?«, in: Claus Melter/Paul Mecheril: »Rassismuskritik. Band 1: Rassismustheorie und -forschung«, Schwalbach 2011, S. 25-38

Tino Plümecke: »Rasse in der Era der Genetik. Die Ordnung des Menschen in den Lebenswissenschaften«, Bielefeld 2013

Women in Exile & Friends: Campaign Newsletter Nr. 12, November 2017, unter: <https://www.women-in-exile.net/newsletter/>

Materialien zum Thema: Rassismus im Betrieb

»Solidarity Reader«, hg. von ver.di Jugend, Berlin 2019: <https://www.aktiv-gegen-diskriminierung.info/material/solidarity-reader>

Andere ver.di Materialien:

<https://zako.verdi.de/themen/>

<https://www.aktiv-gegen-diskriminierung.info/>

»Kommunikationsstrategien gegen Rechts«, hg. von IG Metall – FB Gewerkschaftliche Bildungsarbeit 2020, https://www.respekt.tv/fileadmin/flyer__dokumente/2020-01-30_kommunikationsstrategien_gegen_rechts.pdf

»Haltung zeigen! Gesprächsstrategien gegen Rechts«, hg. von der Rosa Luxemburg Stiftung, Juli 2017, <https://www.rosalux.de/publikation/id/37599/haltung-zeigen?cHash=d37194b8d46409eb7e5f23c6cf02b09e>

»Rassismus und Diskriminierung im Gesundheitsbereich. Unterlagen zur Unterrichtsgestaltung«, hg. von Schweizerisches Rotes Kreuz (Hg.): 2018; <https://www.migesplus.ch/publikationen/lehrmittel-rassismus-und-diskriminierung-im-gesundheitsbereich>

Erkennen und Widersprechen

Karoline Wagner über Antisemitismus in der Medizin

Antisemitismus ist nicht einfach gegen Jüdinnen und Juden gerichteter Rassismus. Antisemitismus existiert in vielen Formen und entsteht aus unterschiedlichen Motivationen. Auf jeden Fall ist er nach wie vor präsent nicht nur in der deutschen Gesellschaft. In einer Zeitschrift, die sich Rassismus in der Medizin widmet, verdient Antisemitismus einen eigenen Beitrag. Die Autorin ist Jüdin.

Der Antisemitismusbeauftragte der Bundesregierung, Felix Klein, plädierte vor Kurzem dafür, die Rolle der Medizin im Dritten Reich in die Ärztliche Approbationsordnung aufzunehmen. Angehende Mediziner*innen, so Klein, wüssten nicht genug über die menschenverachtenden Experimente und die systematische Verdrängung der jüdischen Ärztinnen und Ärzte (*Jüdische Allgemeine* 2020a). Felix Kleins Idee ist gut, hat aber einen Haken: Beschränkt man sich auf eine Auseinandersetzung mit Antisemitismus in der Medizin während der NS-Zeit, entsteht der Eindruck, dass dieses Problem auch wirklich in der Vergangenheit liegt. Dies ist nicht der Fall, wie ich im Folgenden unter zwei Aspekten zeigen möchte: antisemitische Diskriminierung innerhalb des Gesundheitssystems und antisemitische Verschwörungstheorien in Bezug auf die Covid-19-Pandemie.

■ Antisemitische Diskriminierung im Gesundheitssystem

Das *Simon Wiesenthal Center* veröffentlicht jährlich eine Liste der zehn schlimmsten antisemitischen Vorfälle weltweit (*Simon Wiesenthal Center* 2019). Über die Objektivität einer solchen Liste lässt sich vermutlich streiten. Schließlich gibt es keine internationale Abscheulichkeits-Skala. Aber vielleicht sind diese Vorfälle als Indikatoren zu sehen, in welchen gesellschaftlichen Bereichen und in welchen Formen sich Antisemitismus ereignet. Vorfälle im medizinischen Umfeld sind auf dieser Worst-of Liste häufig vertreten. Diese Vorfälle richten sich teils gegen jüdische Ärzt*innen, z. B. am

Karolinska Universitätskrankenhaus in Stockholm (sonst eher für die Vergabe von Nobelpreisen bekannt) (Stavrou 2018), aber auch gegen jüdische Patient*innen. So weigerte sich ein belgischer Arzt, einer 90-jährigen jüdischen Frau mit gebrochener Rippe zu helfen. Seine Bemerkung: »Schickt sie für ein paar Stunden nach Gaza, dann ist sie den Schmerz schon los.«

Bisher nicht auf die Liste geschafft hat es die US-amerikanische Ex-Ärztin Lara Kollab, die zwischen 2011 und 2017 unter einem Pseudonym eine ganze Reihe von antisemitischen Tweets veröffentlichte: »Haha, igitt, ich werde allen Juden absichtlich die falschen Medikamente geben«, sei hier stellvertretend zitiert. Lara Kollab ist jetzt ihre ärztliche Zulassung los (Wolf 2020). Ein Hannoveraner Allgemeinarzt, der eine antisemitische Website betrieb und in einem Buch von »jüdischen Arschkriechern« und »schmarotzenden jüdischen und zionistischen Ratten« schrieb, hat seine Approbation anscheinend noch, lediglich aus der AfD musste er bisher austreten (*Jüdische Allgemeine* 2020b).

Um diesen Einzelberichten eine Größenordnung zu geben, würde ich an dieser Stelle eigentlich gerne eine Statistik zu antisemitischen Vorfällen im medizinischen Bereich präsentieren, jedoch scheint keine Statistik Antisemitismus im medizinischen Bereich als Analysekategorie zu erfassen. Eine Studie der Universität Bielefeld über »Jüdische Perspektiven auf Antisemitismus in Deutschland« lässt jedoch vermuten, dass dies durchaus sinnvoll wäre: Im qualitativen Studienteil berichteten Interviewpartner*innen über antisemitische Erfahrungen in kinderärztlichen Praxen, aber auch im Um-

gang mit älteren jüdischen Patient*innen, denen unterstellt wird, sich kränker auszugeben, als sie sind (Bernstein et al. 2017). Der quantitative Studienteil befragte Menschen zu den Folgen erlebter Antisemitismuserfahrungen. Hier gaben ca. 40% der Befragten an, ihre jüdische Identität nunmehr häufig zu verstecken, 12% sagten aus, in Folge von Antisemitismus körperlich oder seelisch erkrankt zu sein.

Diese Zahlen zeigen ein Dilemma: Antisemitismus macht krank. Wer krank ist, sollte zum Arzt gehen. Aber ob der eigene Arzt Antisemit ist, erfährt man eventuell erst, wenn man sich dort als jüdisch outet. Die Wahrscheinlichkeit ist leider nicht gering, denn jeder vierte Deutsche hegt antisemitische Überzeugungen (Kornelius 2019).

Eine häufige Coping-Strategie von Antisemitismus-Betroffenen besteht darin, Orte und Situationen zu meiden, bei denen sie mit Judenfeindlichkeit rechnen. Für den medizinischen Bereich ist dies jedoch keine realistische Option, zumal in den aktuellen Statistiken auch Fälle von extremer Gewalt vertreten sind. Extreme Gewalt bezeichnet »physische Angriffe oder Anschläge, die den Verlust von Menschenleben zur Folge haben können oder schwere Körperverletzungen darstellen.« (*Bundesverband der Recherche- und Informationsstellen Antisemitismus e.V. (Bundesverband RIAS)* 2019). Die Opfer dieser Taten sind höchstwahrscheinlich auf medizinische und psychologische Hilfe angewiesen, eine Vermeidung des medizinischen Bereichs steht für sie nicht zur Wahl.

Das Verstecken der jüdischen Identität kann aber auch medizinische Fol-

gen haben: Denn manchmal wäre es relevant zu wissen, dass ein*e Patient*in jüdisch ist. Inzidenzen für erblichen Brustkrebs (Rubinstein 2004), erbliches Ovarialkarzinom (Robles-Díaz et al. 2004) sowie manche genetischen Erkrankungen (Charrow 2004) sind in bestimmten jüdischen Gruppen wesentlich höher als in der Gesamtbevölkerung. Wenn jedoch Patient*innen aus Angst vor Antisemitismus ihr Judentum beim Arzt verbergen müssen – oder vielleicht erst gar nicht zu diesen gehen – geht diese Information verloren.

■ Antisemitische Verschwörungstheorien in Bezug auf die Covid-19-Pandemie

Zurzeit sind antisemitische Taten in Deutschland dramatisch im Anstieg, in Bayern hat sich die Zahl der polizeilich erfassten antisemitischen Straftaten im Vergleich zum Vorjahr um 40% erhöht (*Süddeutsche Zeitung* 2020). Dazu tragen viele Vorfälle im Umkreis von Corona-Demos bei (*Taz* 2020). Die Verknüpfung von Antisemitismus und medizinischen Verschwörungstheorien hat eine lange Geschichte: Im Mittelalter waren es die Pest und vergiftete Brunnen, heutzutage sind laut manchen Holocaustleugnenden »Hygiene-Demonstrant*innen« Juden angeblich an der Verbreitung des Corona-Virus schuld (Reisin et al. 2020). Auf Corona-Demos werden judenfeindliche Symbole und Sprüche verwendet, in online Memes wurden Infizierte sogar dazu aufgerufen, absichtlich in Supermärkten auf koscheres Essen zu husten, um möglichst viele Juden »zurück« anzustechen. Englischsprachige Antisemit*innen nennen das den »Holocough«, die hohen Todesraten in den jüdischen Gemeinden Europas und der USA feiern sie als Erfolg (Community Security Trust CST 2020).

Bei diesen Anti-Corona-Protesten sind auch einige Ärzt*innen zugegen, die als medizinische Expert*innen fungieren und sich vor einem offen rechtsextremen Publikum gegen Corona Schutzmaßnahmen aussprechen. Manche Arbeitgeber sehen diese Freizeitaktivität als Ausübung der Meinungsfreiheit, in die man sich nicht

einmischen will (Ottersbach 2020). Andere zeigen sich mit einem Davidstern auf dem »Ungeimpft« steht. Letztere sind Corona-Skeptiker*innen und Verschwörungstheoretiker*innen. Sie befürchten, von Entwicklern eines Impfstoffes unterdrückt und letztendlich zwangsgeimpft zu werden, und sehen sich damit in der gleichen Rolle wie die verfolgten Jüd*innen während des Dritten Reichs. Auch das Tragen von Schutzmasken wird dem gelben Stern, den Jüd*innen zur Zeit des Nationalsozialismus an der Kleidung befestigen mussten, gleichgesetzt. (Jansen 2020). Der zukünftige Impfstoff und der Mund-Nasenschutz, die beide Menschenleben schützen sollen, werden hier also mit dem Symbol verglichen, das während der NS-Zeit Menschen für den Genozid markierte. Dies ist eine Verharmlosung des NS-Regimes, eine Verdrehung historischer Fakten und eindeutig antisemitisch. Es zeigt außerdem, dass auch akademisch und medizinisch gebildete Leute nicht vor medizinischem Irrglauben und antisemitischen Verschwörungstheorien gefeit sind.

■ Gegenwartsbezogene Auseinandersetzung mit Antisemitismus

Eine Lösung für dieses Problem muss bereits im Medizinstudium ansetzen. Dazu schlage ich folgende Strategie vor: Statt sich auf eine historische Auseinandersetzung mit dem Thema zu beschränken, muss zukünftigen Ärzt*innen klargemacht werden, dass Antisemitismus in der Medizin kein Thema der Vergangenheit ist. Dazu ist ein Mindestwissen über das Judentum und aktuelles jüdisches Leben in Deutschland notwendig. Des Weiteren müssen die nötigen Kenntnisse vermittelt werden, um Antisemitismus zu identifizieren und antisemitische Verschwörungstheorien zu widerlegen. Außerdem müssen Unterstützungsmöglichkeiten und Ressourcen für Betroffenen bereitgestellt werden.

■ Fazit

Antisemitismus gehört mit ca. vier antisemitischen Straftaten pro Tag in Deutschland längst wieder zum Alltag

(Jansen 2018) und findet auch im Gesundheitssystem statt. Das Problembewusstsein dafür zu stärken, den Handlungswillen einzelner und der Organe der ärztlichen Selbstverwaltung zu fördern und allgemein die Zivilcourage zu stärken, sind daher wichtige Anliegen. Der Fokus des neuen Lernzielkataloges Medizin auf die Vermittlung von »Haltungen« bietet hier tatsächlich auch Ansatzpunkte. Daher ist Felix Kleins Idee zu begrüßen, bedarf aber dringend der Erweiterung auf die gegenwartsbezogene Auseinandersetzung mit Antisemitismus in der Medizin, die Studierende dazu befähigt, Antisemitismus zu erkennen und zu widersprechen.

Dies schafft die Grundlage, um sich als fertige Ärzt*innen klar gegen Antisemitismus im Berufsalltag positionieren zu können. Dazu bedarf es auch der Unterstützung durch Arbeitgeber sowie der Ärztekammern. Diese sollten auch diskutieren, welche »Freizeitaktivitäten« vielleicht doch nicht als konsequenzlose Ausübung der Meinungsfreiheit zu werten sind.

Karoline Wagner studiert Humanmedizin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Sie ist Doktorandin am Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik und promoviert zum Thema »Sozialraumanalyse der Kindergesundheit in Halle (Saale)«.

Das Literaturverzeichnis zu dem Text findet sich auf der Homepage von GbP unter: <https://gbp.vdaee.de/>



»<https://www.flickr.com/photos/hen-magonza/43281905150>« Piazza Magione in Palermo, Graffiti »Erhebe Deine Stimme gegen den Rassismus«

Rassismus und Diskriminierung als Public Health Problem anerkennen!

Strategien gegen Rassismus in der ambulanten Gesundheitsversorgung

Viele US-amerikanische Städte und Gemeinden haben in diesem Jahr Rassismus offiziell als Public Health-Krise anerkannt. Dies ist vor allem ein Erfolg der Bürgerrechtsbewegung *Black Lives Matter (BLM)*, die angesichts der enormen rassistischen Polizeigewalt und der erschreckend ungleichen Verteilung der Todesopfer von Covid-19 weltweit eine riesige Protestwelle gestartet hat. Jahrzehntelange Forschung zum Thema in den USA stützt die Einordnung von Rassismus als Public Health-Krise: Rassismus wirkt sich als Herrschaftsverhältnis unmittelbar auf alle Lebensbereiche und damit auf die Gesundheit der Menschen aus.

Rassismus als Herrschaftsverhältnis prägt sich nach historischen Kontext unterschiedlich aus, die Situation in Deutschland unterscheidet sich daher klar von der US-amerikanischen. Auffällig ist jedoch, dass im Gegensatz zu den USA in Deutschland eine Forschung zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Rassismus nahezu vollständig fehlt; erst in den letzten Jahren wurden erste partielle Studien durchgeführt.

Diese Forschungslücke ist ein Ausdruck der jahrzehntelangen gesellschaftlichen Negation von strukturellem Rassismus in den zwei Deutschlands nach dem NS-Regime.

Doch auch hier haben BLM und andere Bewegungen und Debatten wie MeTwo¹ dazu geführt, dass die Existenz von Rassismus nicht mehr geleugnet werden kann, es ist im Mainstream angekommen: Auch Deutschland hat ein Rassismusproblem.

In der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland fehlen bisher innovative Konzepte, die auf Rassismus als Public Health-Herausforderung Antworten geben. Dass Angst, Wut

oder Frustration infolge von rassistischen Erfahrungen Stressreaktion des Körpers auslösen können, die mit der Zeit die Organe und Systeme des Körpers beeinflussen und zu Krankheiten wie Diabetes, Bluthochdruck und deren Folgeerscheinungen führen können, ist hierzulande weiterhin nicht ausreichend bekannt und Thema. Es fehlen Assessmentinstrumente zu Rassismus und Diskriminierungserfahrungen sowie psychologische Beratungsangebote und Präventionsangebote im Allgemeinen.

■ Erste Erfahrungen aus der Praxis

Viele Nutzer*innen des Hamburger Stadtteilgesundheitszentrums *Poliklinik Veddel* führten in der Primärversorgung den hohen Stressfaktor Rassismus an und auch auf dem Institutionentreffen wurde Rassismus als Thema gesetzt. Angesichts der Tatsache, dass im postmigrantisch geprägten Stadtteil Veddel viele Menschen Rassismuserfahrungen machen, aber die Mitarbeiter*innen in den lokalen Beratungsstellen und auch in der Poliklinik Veddel zum überwiegenden Teil der *weißen* Mehrheitsgesellschaft angehören, war ein erster Schritt die Organisation von Sensibilisierungsworkshops (durchgeführt von *empower, Arbeit und Leben Hamburg*) im Hinblick auf Rassismus für Mitarbeiter*innen von Veddeler Institutionen. Ziel dieser Workshops war es, zu einem gemeinsamen Verständnis von Rassismus zu gelangen, die eigene Positionierung sowie die zugrundeliegenden Machtverhältnisse zu erkennen und in die Auseinandersetzung mit den eigenen Rassismen einzusteigen. Die Sensibilisierungsworkshops sind gut angenommen worden, es wurde mehrfach

der Wunsch nach einer Vertiefung geäußert.

Im zweiten Schritt wurden Empowermentworkshops für von Rassismus Betroffene angeboten, einmal für Eltern von Kindern mit Rassismuserfahrungen und für Kinder mit Rassismuserfahrungen (durchgeführt von *KARFI* und *Phoenix e.V.*). Ziel war es, Menschen zu stärken bzw. zu ermächtigen, um die eigene Resilienz zu steigern und Handlungsspielräume im Umgang mit alltäglichem und strukturellem Rassismus zu erweitern. Bei den Empowermentworkshops zeigte sich einmal mehr, wie wichtig es ist, dass die Organisation entweder durch eine Community selbst oder zumindest in enger Absprache erfolgt, da die Vertrauensbasis zentral ist.

Drittens konnten wir eine enge Kooperation mit dem *Romani Kafava*, einer Selbstorganisation von Rom*nija² primär für Rom*nija aufbauen und dazu beitragen, Zugänge zu Ressourcen wie Geldern, Räumlichkeiten und Wissen zu schaffen.

■ Was folgt daraus

Wenn die Krankenkassen Prävention auf Verhaltensebene und im Setting ernst meint, müssen sie ihre Gelder auch für rassismuskritische Programme und -workshops öffnen. Denkbar sind z.B. auch Formate im Rahmen der Bildungs- und Betreuungsangebote am Nachmittag. Aus unserer Sicht ist die Kostenübernahme ein wichtiges Signal, da damit Rassismus als Gesundheitsrisiko von den zuständigen Funktionsträgern in Deutschland anerkannt würde.

Rassismus ist ein strukturelles Problem, wir brauchen daher auch Ansätze jenseits der Verhaltensebene: Als Poliklinik Veddel wollen wir an un-

serer Zusammensetzung im Team arbeiten, da Menschen mit Rassismuserfahrungen deutlich unterrepräsentiert sind. Weitergehende Maßnahmen für den Stadtteil könnten die Einrichtung einer Antidiskriminierungsstelle, das Verfassen einer Stadtteil-Antirassismus-Charta und die Einführung von

*Affirmative Action Programme*³ in den Quartieren sein.

**Milli Schröder und Philipp Dickel,
Poliklinik Veddel, Hamburg**

1 #MeTwo ist ein Hashtag gegen die Diskriminierung von Menschen mit Migrationshintergrund. (Wikipedia)

2 Rom*nija: Gegenderte kollektive Selbstbezeichnung (auch bekannt als Roma im generischen Maskulinum).
3. Affirmative Action beschreibt institutionalisierte Maßnahmen, bei denen der Diskriminierung sozialer Gruppen entgegengewirkt werden soll, in dem ihnen in den Bereichen Ausbildung, Beruf usw. gezielt ein Vorteil gewährt wird.

Die Konstruktion von »minderwertigen Patientengruppen«

Jérémy Geeraert über strukturellen Rassismus im Gesundheitssystem

Neulich hat mich Frau B angerufen, um mich um Hilfe zu bitten wegen starker Schmerzen im Intimbereich. Frau B lebt illegalisiert in Berlin und hat keine Krankenversicherung. Ich habe sie im Rahmen meiner Aktivität im Medibüro kennengelernt. Am Telefon erklärte sie mir, sie habe die Schmerzen schon seit über einer Woche gehabt. Erst als die Schmerzen unerträglich geworden seien und sie sich ernsthaft um ihre Gesundheit Sorgen gemacht habe, habe sie mich angerufen. Ich empfahl ihr, ins nächste Krankenhaus in die Notaufnahme zu gehen und dem Gesundheitspersonal zu sagen, dass es sich um eine Notfallbehandlung handle. Eine Stunde später rief sie mich sehr verzweifelt erneut an und erzählte mir, dass sie keinen Arzt sehen durfte, wenn sie nicht vorher 300 Euro zahlte. Ich empfahl ihr, in ein anderes Krankenhaus zu gehen, das mit dem Medibüro kooperiert und von dem ich weiß, dass Patient*innen ohne Krankenversicherung nicht weggeschickt werden. Eine Stunde später bekam ich von Frau B die Nachricht, dass sie gleich wegen einer Blutvergiftung notoperiert werde.

Was ist struktureller Rassismus und wie zeigt er sich im Gesundheitssystem? Wie wirkt er sich auf Betroffene aus? Der Fall der illegalisierten Frau B, die von der Notaufnahme weggeschickt wurde, ist aus mehreren Gründen exemplarisch. Er zeigt, wie struktureller Rassismus oft über Ecken geht, sich nicht als offener Rassismus

zeigt, indirekt aber umso wirksamer ist. Anscheinend wird Frau B nicht medizinisch versorgt, weil sie die 300 Euro nicht zahlen kann. Die Gründe aber, warum sie keine Krankenversicherung hat und warum sie überhaupt so lange gewartet hat, bevor sie medizinische Hilfe suchte, liegen in den rassistischen Strukturen des deutschen Gesundheitssystems.

Der Begriff von strukturellem Rassismus verweist laut der *Bundeszentrale für politische Bildung* auf »das Zusammenwirken von gesellschaftlichen und staatlichen Institutionen und Behörden, ihren Normen und Praktiken in der Produktion und Reproduktion von Rassismus«. In Deutschland leben mehrere hunderttausend Menschen ohne Aufenthaltsstatus und sind *de facto* aus dem Gesundheitssystem ausgeschlossen. Ein Grund dafür ist, dass seit den 1990er Jahren staatliche Institutionen des Gesundheitswesens in die Durchsetzung einer repressiven Migrationspolitik involviert sind. Sie sind aktive Player der Migrationspolitik geworden, indem sie bestimmte Migrant*innengruppen (e.g. illegalisierte Migrant*innen) aus dem gesetzlichen Gesundheitsschutz ausgeschlossen haben und anderen Gruppen (e.g. Asylbewerber*innen, EU-Bürger*innen) den Zugang zu medizinischer Versorgung eingeschränkt oder erschwert haben. Hierdurch wurden im Gesundheitssystem Gruppen mit minderwertigem Gesundheitsschutz geschaffen.

Diese Migrant*innengruppen haben in Deutschland keinen oder nur einen begrenzten Zugang zur medizinischen Versorgung. Dies ist umso überraschender, wenn nicht gar skandalös, als Deutschland internationale Menschenrechtskonventionen unterschrieben hat, in denen ein Recht auf Zugang zur medizinischen Grundversorgung für alle Menschen verankert ist (u.a. UN-Pakt für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte; EU-Grundrechte-Charta; Europäische Sozialcharta). Außerdem unterstützt Deutschland aktiv das Ziel der WHO für 2030: *universal health coverage*. Wie kommt es also, dass für bestimmte Gruppen von Menschen, die sich in Deutschland aufhalten, das Recht auf Gesundheitsversorgung nicht umgesetzt wird?

Um Migrationsbewegungen nach Deutschland abzuschwächen, wurde die Strategie entwickelt, ein sogenanntes *hostile environment* (Edmond-Pettitt, 2019) zu schaffen. Dieser Begriff bezeichnet eine Richtung restriktiver Migrationspolitik, die sich durch drei Charaktermerkmale auszeichnet: 1) die Senkung der Anzahl bewilligter Aufenthaltstitel (damit einhergehend ist der Anstieg Illegalisierter); 2) die Verbreitung von nationalistischen Prinzipien in der Aufteilung von Sozialleistungen (Zugangskriterien, die auf der Staatsangehörigkeit oder der Messung der »Integration« basieren); 3) die Verbreitung eines entmenslichenden Diskurs über illegali-



© Aktion der »Basisgruppe Umweltwissenschaften Göttingen«: Sturz und Entfernung der Büsten von Haeckel und Blumenbach im Zoologischen Institut: Ernst Haeckel gilt als Wegbereiter der Eugenik und Rassenhygiene, Johann Friedrich Blumenbach war er einer der ersten Wissenschaftler*innen, die Menschen anhand von Schädelformen in unterschiedliche »Varietäten« einteilten, die dann sozialen Konstrukten entsprechen sollten.

siertere Migrant*innen sowie Migrant*innen mit einem prekären Aufenthaltstitel (e.g. Asylbewerber*innen, Menschen mit Duldung, Saisonarbeiter*innen aus Osteuropa).

So haben viele Migrant*innen (mit oder ohne Aufenthaltstitel) in Deutschland keinen Anspruch auf eine gesetzliche Krankenversicherung, wenn sie sozial bedürftig oder arbeitslos sind. Stattdessen bekommen sie reduzierte Versorgungsleistungen durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)¹. Laut dem Gesetz bekommen diese Gruppen eine medizinische oder zahnärztliche Behandlung nur im Falle von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen (ausgenommen ist die Versorgung schwangerer Frauen, die gewährleistet sein muss). Die Umsetzung dieser Sondergesetze für bestimmte Migrant*innengruppen wird auf Landesebene organisiert, was zu großen regionalen Unterschieden führt. Im härtesten Fall müssen kranke, prekäre Migrant*innen einen Krankenschein beim Sozialamt beantragen². Diese Praxis erhöht die Verwaltungshürden und die allgemeine Barriere zum Zugang zur medizinischen Versorgung immens, insbesondere für Gruppen, die die deutsche Sprache nicht beherrschen oder mit der administrativen Kultur nicht vertraut sind. Außerdem werden dadurch im Gesundheitswesen Kategorien von nicht-deutschen Patient*innen konstruiert. In diesen Kategorien erscheint der Körper der Betroffenen als weniger schützenswert als der vom Rest der Bevölkerung. Der institutionelle Rassismus verfestigt sich in den Körpern der Betroffenen durch Sonderregelungen und Sonderverfahren. Dieses Phänomen ist bei Illegalisierten noch ausgeprägter.

Das ohnehin schon eingeschränkte Recht auf Gesundheitsversorgung wird für Illegalisierte im Aufenthaltsgesetz (AufenthG) vom sogenannten »Übermittlungsparagrafen« weiter ausgehöhlt bzw. faktisch verunmöglicht. Laut §87 dieses Gesetzes sind öffentliche Stellen verpflichtet, die Personendaten von Illegalisierten an die Ausländerbehörde zu übermitteln. Hierdurch droht diesen Personen die Abschiebung. Die Meldepflicht gilt für die Sozialämter, bei denen Illegalisierte Gesundheitsleistungen beantragen können. Doch aus Angst vor Abschiebung verzichten sie auf den Krankenschein, der ihnen eigentlich zusteht.

Nur im Notfall, wenn das Leben der illegalisierten Person bedroht ist, ist eine Behandlung direkt im Krankenhaus möglich. Die Weiterleitung der Daten ist hier verboten, da die Krankenhäuser an die ärztliche Schweigepflicht gebunden sind. Der sogenannte »verlängerte Geheimnisschutz« gilt auch in der Sozialverwaltung. Nur wissen die Betroffenen einerseits oft nicht, was unter medizinischer Notfallbehandlung verstanden wird, und vermeiden auch in lebensgefährlichen Situationen, in die Notaufnahme eines Krankenhauses zu gehen. Andererseits verweigern die Sozialämter regelhaft Zahlungen an die Krankenhäuser, weshalb diese versuchen, die Behandlungskosten so gering wie möglich zu halten.

Selbst im Fall eines Notfalls ist medizinische Versorgung für Menschen ohne Papiere nicht garantiert. Wie man aus der Geschichte von Frau B erfährt, verlangen viele Krankenhäuser von nicht-krankenversicherten Patient*innen Geld (meistens einen Betrag zwischen 100 und 300 Euro), um überhaupt eine*n Ärzt*in zu sehen. Diese Praxis ist gesetzeswidrig, da die Rechnung für krankenversicherungslose und bedürftige Menschen im Fall eines medizinischen Notfalls vom Sozialamt beglichen werden soll. Weil aber der bürokratische Aufwand hoch ist und die Sozialämter viele Nothilfeanträge ablehnen, versuchen die Krankenhausverwaltungen schon im Vorhinein die Kosten auf die Patient*innen abzuwälzen. Die Praxis resultiert aus einer generellen Sparpolitik, die alle öffentlichen Stellen trifft, sowie aus der politischen Weigerung der Sozialämter, eine praktische Lösung zu finden, um die Begleichung der Rechnung im Falle eines Notfalls für illegalisierte Menschen zu ermöglichen. Das alles spitzt den Ausschluss im Gesundheitswesen von Menschen ohne Aufenthaltstitel zu.

Illegalisierte Menschen haben in Deutschland sehr wenige Möglichkeiten, medizinische Versorgung zu bekommen. Sie sind praktisch immer auf Unterstützung von zivilgesellschaftlichen oder kirchlichen Hilfsorganisationen angewiesen. Die medizinische Versorgung durch solche ehrenamtlichen Strukturen bleibt allerdings immer lückenhaft und prekär. In die wöchentliche Sprechstunde vom Medibüro kommen Menschen ohne Papiere, die medizinische Versorgung benötigen und aus dem regulären Gesundheitssystem ausgeschlossen sind. Die Betroffenen suchen unsere Sprechstunde häufig zu spät auf, erst, wenn Schmerzen akut geworden sind oder ein gesundheitliches Problem seit längerer Zeit besteht. Die strukturelle Ausgrenzung und ein Diskurs, der diese verschleierte, machen aus (eigentlich) Anspruchsberechtigten Bittsteller*innen, die zu Dankbarkeit verpflichtet sind. Bewusste oder unbewusste Ignoranz gegenüber den Bedingungen und die fehlende Analyse der Ursa-

chen von Ausgrenzung drängt von Entrechtung und Diskriminierung Betroffene in die Position passiver Hilfesuchender. Die Sozialanthropologin Huschke zeigte auf, dass bestimmte Vorstellungen in der Begegnung von Unterstützer*innen und Betroffenen performativ hergestellt werden: Illegalisierte zeigen sich tendenziell unterwürfig und dankbar, Unterstützer*innen wiederum haben implizite Erwartungen an ein solches Auftreten ihres Gegenübers. Darin zeigt sich die Verinnerlichung der zugewiesenen Positionen im Gesundheitssystem.

■ Fazit

Das europäische Grenzregime und die Migrationspolitik tragen dazu bei, Migrant*innen zu hierarchisieren, indem sie Kategorien konstruieren, anhand derer eigentlich universelle Menschenrechte gewährt, begrenzt oder verwehrt werden. Diese bestimmen auch den Zugang zu Gesundheitsversorgung und Sozialleistungen. Die Kategorisierung und Hierarchisierung wird zur Normalität und verinnerlicht. Mitarbeiter*innen von Gesundheitseinrichtungen (insbesondere Verwaltungsangestellte) lernen gewissermaßen, die Patient*innen anhand des Aufenthaltsstatus zu unterscheiden und schreiben ihnen differenzierte und graduierte Ansprüche auf einen Gesundheitsschutz zu. Da diese Kategorien ausschließlich nicht-Deutsche betreffen, produziert diese Sozialisation unaufhörlich strukturellen Rassismus und Diskriminierung im Gesundheitssystem.

Zwar entwickelten Länder und Städte lokale Projekte, mit dem Ziel, die Lücke im Gesundheitssystem für Menschen ohne Krankenversicherung zu schließen. So wurden zum Beispiel in den letzten Jahren mehrere Clearingstellen eingerichtet, in denen illegalisierte Menschen medizinische Hilfe (im Umfang von §4 AsylbLG) bekommen können. Selbst wenn diese neuen Strukturen den Zugang von Menschen ohne Papiere zu medizinischer Versorgung enorm verbessern, sind sie keine langfristige und befriedigende Lösung des Problems des strukturellen Rassismus' im Gesundheitssystem. Die Clea-

ringstellen sind lokale Parallelsysteme, die keine volle Eingliederung in die Regelversorgung vorsehen. Die Patient*innen haben dort in der Regel keine freie Arztwahl und müssen in jedem Einzelfall um eine Kostenübernahme bitten. Diese Strukturen sind außerdem von Lokalpolitik und temporären Regierungskoalitionen abhängig, was sie nur kurzfristig tragfähig macht. Letztendlich reproduzieren diese Strukturen den strukturellen Rassismus, indem sie weder die konstruierten Kategorien in Frage stellen, noch das bestehende System verändern, sondern eine qualitativ schlechtere Versorgung anbieten als die, die eine reguläre Krankenversicherung gewährleistet. Der strukturelle Rassismus, von dem Illegalisierte und Geflüchtete mit einem prekären Aufenthaltstitel betroffen sind, baut sich im deutschen Gesundheitssystem an unterschiedlichen Stellen auf. Sein Kern liegt in der Interaktion zwischen Migrationspolitik und Krankenversicherungssystem.

Deswegen ist die einzige Lösung, um Ausgrenzung und Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung entgegenzuwirken, die volle Eingliederung in eine gesetzliche Krankenversicherung für alle Menschen, die in Deutschland leben. Um dieses Ziel zu erreichen, dürfen Kategorien, die im Zuge migrationspolitischer Steuerung konstruiert wurden, in Gesundheits- und Sozialpolitik keine Rolle spielen, sodass der Aufenthaltstitel von Patient*innen im

gesamten Gesundheitssystem irrelevant ist. Es bedarf einer klaren Trennung zwischen Sozial- und Migrationspolitik. Das Gesundheitssystem darf nicht als Instrument genutzt werden, migrationspolitische Ziele durchzusetzen. Ein erster Schritt wäre, dass der §87 des AufenthG, der sogenannte Übermittlungsparagraf, abgeschafft wird.

Quellen:

Anya Edmond-Pettitt: »Territorial Policing and the »Hostile Environment« in Calais: From Policy to Practice«, 2019; Susann-Huschke: »Performing deservingness. Humanitarian health care provision for migrants in Germany«, in: *Social Science & Medicine* 2014, 1-8.

Dr. Jérémy Geeraert ist Sozialwissenschaftler am Institut für europäische Ethnologie der Humboldt Universität. Er forscht zum Thema Zugang zur medizinischen Versorgung, Migration und Gesundheitssystem. Neben seinen wissenschaftlichen Aktivitäten ist er seit 2017 aktiv im Medibüro Berlin.

- 1 Abgesehen von bedürftigen und arbeitslosen EU-Bürger*innen, die weder Anspruch auf eine gesetzliche Krankenversicherung (solange sie weniger als fünf Jahre in Deutschland wohnen), noch auf einen anderen effizienten Krankenversicherungsschutz haben.
- 2 Seit 2015 haben sich aufgrund der Überforderung der betroffenen Ämter die meisten Länder für eine Eingliederung der entsprechenden Gruppen in eine gesetzliche Krankenversicherung mit eingeschränktem Zugang zu medizinischen und pflegerischen Leistungen ausgesprochen.



Abbau einer Statue von Cecil Rhodes in Südafrika, #RMF Statue Removal 04, nach Removal 04, Desmond Bowles, Flickr © BY-SA 2.0

Hessische Ärztekammer benennt Rassismusbeauftragten

»Flagge zeigen gegen Rassismus« überschrieb das Deutsche Ärzteblatt seinen Beitrag zur Benennung eines Rassismusbeauftragten der hessischen Landesärztekammer (DÄB 9/2020). Damit hat die hessische Kammer Neuland betreten. Wie kam es dazu? Was sind seine Aufgaben?

Bereits der Delegiertenversammlung im November 2019 lag ein Antrag des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) vor, das Aktionsprogramm der Landesregierung »Hessen gegen Hetze« zu unterstützen. Das Programm wurde nach der Ermordung des Kasseler Regierungspräsidenten Walter Lübcke durch einen Neonazi aufgelegt. Es richtet sich insbesondere auch an zivilgesellschaftliche Organisationen, die aufgefordert wurden, ein tolerantes gesellschaftliches Klima aufrechtzuerhalten. Nach den zahlreichen rassistischen Vorfällen in Hessen in den letzten Jahren bedurfte es erst der Ermordung eines hochrangigen Landespolitikers, damit das Thema rechte Gewalt auf die Agenda der Landesregierung gesetzt. Die vom Präsidium der hessischen Kammer avisierte Unterstützung des Landesprogrammes war rein proklamatorisch und vollkommen unkonkret.

Ein Antrag der *Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte (LDÄÄ)* stellte demgegenüber klar, dass die krankmachende Wirkung von rechtsextremer Hetze und Rassismus thematisiert werden müsse. Weiter heißt es in dem Antrag: »Konkret unterstützt die Landesärztekammer Hessen das Aktionsprogramm »Hessen gegen Hetze« durch folgende Maßnahmen:

- Die LÄKH trägt Sorge dafür, dass – soweit es in ihrer Macht steht – rechtsextreme Hetze in Gesundheitseinrichtungen unterbleibt. Die LÄKH wirbt bei ihren Mitgliedern für ein aktives Vorgehen gegen Hetze.
- Die LÄKH schafft eine Anlaufstelle, der rassistische Vorfälle in Einrichtungen des Gesundheitswesens benannt werden können. Diese soll

sich auch um die Entwicklung von Gegenstrategien bemühen.

- Die LÄKH trägt dafür Sorge, dass Rassismus im Gesundheitswesen in Fort- und Weiterbildung thematisiert wird.
- Die LÄKH fordert die Landesregierung auf, Mittel für die Erforschung von Rassismus im Gesundheitswesen bereit zu stellen. Die LÄKH unterstützt entsprechende Forschungsprojekte aktiv.

Wir halten die Unterstützung des Aktionsprogrammes für dringend geboten. Neben der deklamatorischen Unterstützung sind wir Ärztinnen und Ärzte auch konkret gefordert, Hetze und Rassismus in unserem Alltag entgegenzutreten.

Zahlreiche Schilderungen belegen, dass Rassismus auch in unserem Gesundheitswesen tagtäglich vorkommt. Im Gegensatz zu anderen Ländern (USA, GB, NL) gibt es dazu keine systematische Forschung. Diese Lücke gilt es zu schließen. Zudem sind rassistische Makro- und Mikroaggressionen relevante krankmachende Faktoren, die es aus ärztlicher Sicht auch präventiv anzugehen gilt.«

Dieser Antrag wurde in der Delegiertenversammlung kontrovers diskutiert. Uns Mitgliedern der LDÄÄ wurden dabei auch so fadenscheinige Argumente vorgehalten, dass die Kammer sich dann auch explizit gegen Linksextremismus positionieren müsste. Es folgten eingehende Verweise auf die *Rote Armee Fraktion (RAF)*. Natürlich durfte auch das formale Standardargument, der Antrag sei haushaltsrelevant und könne von daher nicht in dieser Sitzung verabschiedet werden nicht feh-

len. Das Klima der Debatte erlaubte es nicht, ernsthafte Einwände, z.B. ob nicht auch explizit die Auseinandersetzung mit Antisemitismus, in den Katalog aufgenommen werden müsse, sachlich zu diskutieren. Rassismus als gesamtgesellschaftliches Problem konnte nicht thematisiert werden. Die Versammlung konnte sich schließlich zu keinem Beschluss durchringen. Der Antrag wurde zur Weiterbehandlung ins Präsidium verwiesen. Vermutlich wäre die Diskussion nach dem rassistischen Mordanschlag in Hanau im Februar dieses Jahres anders verlaufen.

Ganz ohne Wirkung blieb der Antrag dennoch nicht. Auf der folgenden Präsidiumssitzung im Januar 2020 wurde das Amt eines Rassismusbeauftragten der LÄKH geschaffen, das in Personalunion vom Menschenrechtsbeauftragten der Kammer – Ernst Girth – wahrgenommen werden soll (siehe auch GbP 1/2020). Damit ist die LÄKH die erste Ärztekammer, die einen Rassismusbeauftragten benannt hat. Die Kammer wolle so eine Anlaufstelle schaffen, bei der rassistische Vorfälle im Gesundheitswesen erfasst werden können. Auch soll der Rassismusbeauftragte entsprechende Gegenstrategien entwickeln. Der Komplex Rassismus im Gesundheitswesen soll auch Bestandteil in der Fort- und Weiterbildung sein. Zudem will die Ärztekammer Forschungen zu diesem Bereich aktiv unterstützen. Es bleibt zu hoffen, dass das Thema Rassismus im Gesundheitswesen im Verantwortungsbereich der LÄKH zukünftig verstärkt thematisiert wird und es nicht bei Lippenbekenntnissen bleibt.

Bernhard Winter

Bernhard Winter ist Gastroenterologe und Co-Vorsitzender des vdää

Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland

Von Amma Yeboah

Die Teilnehmer*innen der JHV letztes Jahr in Göttingen werden sich an den beeindruckenden Vortrag von Amma Yeboah erinnern. Sie ist eine der wenigen Wissenschaftler*innen, die sich in Deutschland mit den gesundheitlichen Folgen von Rassismus beschäftigen. Wir dokumentieren hier die gekürzte Fassung eines Aufsatzes von Aufsatzes gleichen Titels in dem von Karim Fereidooni und Meral El herausgegebenen Buch: »Rassismuskritik und Widerstandsformen« aus dem Jahr 2017.

Rassismus ist ein struktureller Bestandteil der gesellschaftlichen Ordnung der Bundesrepublik. Vor diesem Hintergrund ist rassistische Diskriminierung, insbesondere für die diskriminierten Bevölkerungsgruppen, aber auch für die gesamte Bevölkerung der Bundesrepublik ein nicht zu unterschätzender Bestimmungsfaktor der psychischen Gesundheit. Denn erst der Rassismus konstruiert die zur sozialen Realität gewordenen »Rassen«, die die individuelle Identität stark beeinflussen, und die sozioökonomischen Möglichkeiten eines jeden Individuums bestimmen.

In der Bundesrepublik Deutschland existieren keine empirischen Studien zu Rassismus und psychischer Gesundheit. Stattdessen wurden in den letzten Jahren zahlreiche, meist quantitative Studien zu Migration und Gesundheit publiziert, die Menschen mit Migrationshintergrund bzw. Migrant*innen zu den Folgen der Migrationsprozesse und kulturellen Differenzenerfahrungen im Gesundheitswesen untersuchen.

Es muss angenommen werden, dass in der jeweiligen Stichprobe der Studien Menschen mituntersucht wurden, die potentiell Ziel rassistischer Diskriminierung sind. Eine Bezifferung des Anteils derer ist allerdings nicht möglich.

Eine Studie mit Hinweisen auf eine schlechtere psychische Gesundheit von rassistisch Diskriminierten war die Analyse von Igel und Kolleg*innen (2010) zum Zusammenhang von Diskriminierungserfahrungen und subjektiver Gesundheit von Migrant*innen aus dem Sozio-ökonomischen Panel. Die Autor*innen unterschieden keine spezifischen Diskriminierungsformen, außer der sogenannten »Fremdenfeindlichkeit«. Personen mit Diskriminierungserfahrungen berichteten von einer signifikant schlechteren psychischen (und körperlichen) Gesundheit. Wahrgenommene Diskriminierung und »Fremdenfeindlichkeit« stellten sich außerdem als unabhängige Prädiktoren für subjektive Gesundheit dar. Die Migrant*innen mit türkischer und außer-europäischer Herkunft, in der Studie unter »sonstiger Herkunft« (aus Asien, Afrika, Amerika und Australien) gaben die häufigsten Diskriminierungserfahrungen an (vgl. Igel et al. 2010). [weitere Studien in der Vollversion des Textes]

Viele Studien beinhalten Erklärungsmodelle für die schlechtere psychische Versorgung von Migrant*innen und

theoretisieren über ein »migrationspezifisches Stress-Syndrom«. Migration wird häufig pathologisiert und als Ursache für den schlechten Gesundheitszustand der Migrant*innenpopulation dargestellt. Andere Studien konzentrieren sich auf festgemachte Unterschiede zwischen »Deutschen und Migrant*innen«, und zwar sowohl auf reelle, als auch auf konstruierte, in jedem Fall unüberwindbare Unterschiede, die als »Kultur« dargestellt werden. Dagegen werden psychische Erkrankungen durch psychosoziale Belastungen infolge der Trennung von der Familie oder politischer Verfolgung im Herkunftsland oder aufgrund des Einflusses von (ausländer-) rechtlichen Rahmenbedingungen in Deutschland und Diskriminierungserfahrungen als gesundheitliche Risikofaktoren kaum thematisiert (vgl. Razum et al. 2008. Velho 2011).

■ Rassismus und Trauma

Die aktuelle Definition eines psychischen Traumas beinhaltet die Erfüllung von zwei Kriterien: Die betroffene Person erlebt oder beobachtet ein Ereignis, das mit einer ernsthaften Bedrohung der körperlichen oder psychischen Integrität der eigenen oder einer anderen Person einhergeht, und die Reaktion der betroffenen Person beinhaltet intensive Furcht, Hilflosigkeit, Grauen, aufgelöstes oder agitiertes Verhalten (vgl. Saß et al. 2003).

Mit offenen und verdeckten rassistischen Praktiken werden Schwarze und People of Color (PoC) von Weißen explizit oder implizit aufgefordert, sich aus der sozialen Gemeinschaft zu entfernen. Dies reicht von subtilen Formen der Ausgrenzung durch Weiße, beispielsweise mit Fragen wie: »Nein, aber wo kommst Du wirklich her?« über aggressive Formen wie beispielsweise: »Wir vermieten nicht an Schwarze!« bis hin zu Mord und Totschlag. Die Botschaft lautet in jedem Fall: Du gehörst nicht in diesen sozialen Resonanzraum. Du bist (sozial) tot. Diese Botschaft ist ein Akt der Gewalt. Jede Erfahrung, aus der menschlichen Gemeinschaft ausgestoßen zu werden, ist eine Gewalterfahrung und kann traumatisch wirken.

Die tagtäglichen, wiederkehrenden Konfrontationen mit Alltagsrassismus werden in der Rassismus-Forschung *racial*

microaggressions genannt (vgl. Pierce 1974). Diese subtile Ausdrucksform von Rassismus im Sinne von verbalen oder non-verbalen Beleidigungen, Kränkungen und Demütigungen, die Weiße bewusst oder unbewusst durch ihr rassistisches, stereotypes Verhalten gegenüber Schwarzen und PoC zeigen, sind wiederholt auftretende Traumata (Typ II Traumata nach Terr). Weiße üben demnach täglich eine chronische, traumatisierende Gewalt an Schwarzen und PoC aus. Denn der absichtsvolle oder unabsichtliche, andauernde Entzug der spiegelnden Wahrnehmung und der systematische Ausschluss von Schwarzen und PoC durch Weiße aus dem Raum der sozialen Zugehörigkeit in der Bundesrepublik sind Akte der Gewalt und vor dem Hintergrund der neurobiologischen Reaktionen bei betroffenen Personen sind dies ebenfalls Akte der biologischen Vernichtung (vgl. Bauer 2006). Suizid, Selbstverletzungen und Substanzmissbrauch können die Folge sein.

Schwarze und PoC in Deutschland müssen mit dem kollektiven Gedächtnis der Vernichtungspolitik des deutschen Kolonialismus und dessen Verdrängung und Verneinung durch das Weiße Mehrheitskollektiv bei gleichzeitiger Verherrlichung desselben, beispielsweise durch die Straßenbenennung nach Kolonialverbrechern, leben. Dieser Umstand stellt eine fortdauernde, traumatisierende Erinnerung an die Kolonialzeit dar (über das Schweigen und Verleugnen über die Kolonialzeit durch das Weiße Kollektiv).

Die Assoziation zwischen Rassismus und Trauma wurde in zahlreichen internationalen Forschungsarbeiten dokumentiert, analysiert und diskutiert mit logischen Implikationen, sowie expliziten Empfehlungen für die psychische Versorgung von Schwarzen und PoC [Literatur vorliegend]

■ Rassismus und Stress

Die Stressforschung nimmt eine zentrale Rolle im Verständnis von psychischen Reaktionen auf rassistische Diskriminierung ein, obwohl dieselbe (aus Weißer Perspektive) die Auswirkungen von rassismusbedingtem Stress typischerweise weitgehend ignoriert hat. Nach Taylor und Kolleg*innen (1997)



Black Lives Matter Demo in London, Flickr © BY 2.0

wird Stress definiert als eine psychische, physische und verhaltensbezogene Antwort auf ein Ereignis, das entweder als positiv oder negativ beurteilt wird. [...] Ein Schaden entsteht, wenn die Stressreaktion lange anhält und/oder der Stress eine Traumatisierung bewirkt. Stress-Intensivierung entsteht vor allem dann, wenn ein Ereignis mehrdeutig, negativ, unvorhersehbar und unkontrollierbar ist [und ist] unabhängig von der Objektivität des Ereignisses.

Studien haben nachgewiesen, dass wiederkehrende Konfrontationen mit *racial microaggressions* Stressreaktionen aktivieren und die Entstehung von Depression, Angststörungen und der physischen Desintegration bei Schwarzen und PoC begünstigen (vgl. Carter 2007, Taylor/Turner 2002). Siehe Kästen auf Seite 26.

Zwar belegen zahlreiche Studien negative Konsequenzen von rassistischer Diskriminierung für die psychische Gesundheit von Schwarzen und PoC, die genauen Mechanismen der Interaktionen mit individuellen Perso-

neneigenschaften sind allerdings noch immer unbekannt. Des Weiteren erleiden nicht alle Menschen, die rassistisch diskriminiert werden, psychische Störungen. Historisch gesehen haben Schwarze und PoC trotz jahrhundertelanger Unterdrückung in Form von Kolonialismus und Sklaverei positiven Widerstand geleistet und kämpfen heute noch gegen Rassismus und andere Formen der sozialen Unterdrückung [...] und erreichen teilweise hohes soziales und politisches Ansehen. In diesem Zusammenhang erscheint die Erforschung von Faktoren, die die Widerstandsfähigkeit der Zielpersonen rassistischer Diskriminierung erhöhen von großer Bedeutung.

■ Rassismus und Weißsein

Die Fundamente des weißen Rassismus und des heutigen rassistischen Systems wurden in den westeuropäischen Ideologien und Sprachen begründet. Rassismus ist somit ein untrennbarer Teil Weißer Kultur (vgl. Katz 2003). Weiße [...] nahmen und neh-

men heute weiterhin aktiv und passiv an rassistischer Diskriminierung teil und profitieren von der rassistischen Unterdrückung, egal ob es ihnen bewusst ist oder nicht. Denn für Weiße bedarf es einer äußerst geringen Anstrengung, Rassismus zu unterstützen: Es reicht, zu schweigen.

Nach aktueller Studienlage identifizieren mehrere Forscher*innen sowohl positive (*white privilege*), als auch negative Konsequenzen (*costs of racism*) rassistischer Diskriminierung für Weiße. *White privilege* beschreibt unverdiente Vorteile und Chancen, zu denen Weiße aufgrund ihres Weißseins Zugang haben, die aber für Schwarze und PoC unzugänglich bleiben (vgl.

McIntosh 1988), z.B. vereinfachter Zugang zur Gesundheitsvorsorge, Chancen auf höhere Bildung, die Möglichkeit, Normen zu setzen, das Recht auf Anonymität u.v.m. (vgl. Neville et al. 2001, Wachendorfer 2001). *Costs of racism* werden definiert als die negativen psychosozialen Konsequenzen, die Weiße aufgrund der (Re)produktion von Rassismus erfahren, [...] welche ihre affektiven und kognitiven Fähigkeiten, sowie Verhaltensmuster betreffen (vgl. Kivel 1996, Katz 2003, Spanierman/Hepner 2004), z.B. Schuld- und Schamgefühle, irrationale Angst vor Schwarzen/PoC, Ignoranz und verzerrte Vorstellungen in Bezug auf Rassismus, Unwissen über ihre

Identität als Weiße [*colorblindness* mit Verleugnung von Rassismuserfahrungen], eingeschränkte bis fehlende Kompetenz, in einer differenzsensiblen Welt zu leben u. a. (vgl. Swim/Miller, 1999).

Das wahrscheinlich interessanteste Merkmal Weißer Identität stellt die Unbewusstheit über die Existenz des eigenen Weißseins dar. In ihrer detaillierten Analyse von Weißen Narrativen beschrieb Karyn D. McKinney (2013) die Ahnungslosigkeit über das eigene Weißsein und identifizierte sie als Faktor für die Verleugnung von Rassismus auf der Basis von *colorblindness*. Auch wurde ein verzerrtes Selbstbild von Weißen beschrieben, die gleichzeitig

Nachfolgend werden rassismusrelevante Erzählungen von Schwarzen und PoC, die diese im klinischen Alltag, im Freundes- und Familienkreis und bei Begegnungen in der Community gemacht haben, vorgestellt. Besonders werden hierbei *racial microaggressions* fokussiert, welche zu einem andauernden Stresslevel und Energieverbrauch führen und somit oftmals nicht genügend Platz für Familie, Schule, Studium, Sport, Arbeit, Freundschaft, gesellschaftlichem Engagement oder Kreativität lassen. Das Versagen in diesen Bereichen wird oft als persönliches Versagen fehlgedeutet. Besonders schwierig ist es, wenn die Konfrontation mit *racial microaggressions* im nahen Umfeld der Schwarzen Person/PoC geschieht – denn so gibt es keinen sicheren Ort mehr und auch bei psychischer Stabilität bedeutet dieser Umstand Unberechenbarkeit und Gefahr.

- [...] eine Frau of Color berichtet über ihren Kampf, einfach zu überleben und für die Tochter da zu sein: »Dieses Gefühl, immer kämpfen zu müssen, mein Dasein [...] meine Herkunft und mein Aussehen erklären zu müssen. Immer bereit zu sein, in den Kampf zu ziehen, mich zu verteidigen, immer wieder, jeden Tag... ich bin so fertig am Ende des Tages [...] und selbst im Bett muss ich immer wieder an die Gespräche mit ihnen (Weißen) denken. [...] ich habe keine Kraft für meine Tochter und finde es so traurig, dass sie dieselben Erfahrungen machen wird. Die (Weißen) machen mich so wütend!«
- Eine andere Schwarze Frau/Frau of Color berichtet über ihre psychische Anspannung und Spannungen im Nacken: »Ich weiß, die (Weißen) schauen genau, wie ich mich verhalte. Auf Arbeit [...] darf ich mir keinen Fehler erlauben. Sie sagen mir: »Ihr seid so fleißig!« [...] Als wäre ich eine riesige Bevölkerungsgruppe, mich als Individuum gibt es nicht! Ich kontrolliere und kontrolliere meine Arbeit. [...] Ich sage meinem Sohn immer, er soll brav sein, nicht auffallen, wenn die Weißen Kinder Blödsinn machen, darf er nicht mit, denn er wird immer

schuld sein, wenn die Lehrerin kommt. Ist das falsch? Ich will nicht, dass er negativ auffällt. Mein armer Sohn, er ist so ruhig und in sich gekehrt.«

- Ein Schwarzer Mann/Mann of Color berichtet, wie er den Alltag meistert und nachts wach liegt: »Auf Arbeit versuche ich, möglichst freundlich und entspannt zu wirken. Vor allem während der OP meinen die Kollegen, tiefsinnige Gedanken über Muslime und »Ausländer« austauschen zu müssen. Ich sage nichts, meistens tue ich so, als hätte ich nichts gehört. Das ist meine Strategie, ich schweige einfach. Manche halten mich für arrogant, aber das ist besser, als vor Wut zu platzen. Ich mache meine Arbeit, aber nachts kreisen meine Gedanken über den Blödsinn, den sie erzählen ... einfach unfassbar.«
- Ein anderer Schwarzer Mann/Mann of Color berichtet über die Unruhe an öffentlichen Orten und seine Angst vor der Polizei: »Eigentlich sollte ich froh sein, wenn die Polizei in der Nähe ist, sorgen sie doch für Sicherheit. Aber die Polizei bedeutet Terror. Ich werde immer als Einziger kontrolliert, ich finde das so demütigend, denn ich merke, wie die Passanten zuschauen nach dem Motto: »Ein Krimineller!« Und wenn die Kinder dabei sind, ist es doppelt beschämend. Ich vermeide öffentliche Plätze und benutze nur noch das Auto. Das kostet so viel Kraft, den Tag zu planen und immer auf der Hut zu sein.«
- Eine Schwarze Frau/Frau of Color erkennt, wie viel Energie die Weißen kosten, und zieht Konsequenzen: »Ich habe ganz andere Karrierepläne gehabt. Ich erinnere mich, wie mich meine Kollegen und Kolleginnen immer wieder ausfragten... die endlosen Diskussionen über ihre beleidigenden Kolonialfloskeln. Ich fragte mich, ob es bewusst oder unbewusst war, aber irgendwann hatte ich keine Lust mehr, als Projektionsfläche ihrer Fantasien zu dienen. Ich habe gekündigt und muss schauen, was ich sonst machen kann... ich war kurz vor einem Nervenzusammenbruch.«



Statue von Robert E. Lee Statue in Richmond, Virginia: Seit dem Mord an George Floyd in Minneapolis ist diese 1890 errichtete Statue im Fokus der Proteste, wird mit Graffiti verschönert und es gibt öffentlichen Druck, dieses Symbol für die Südstaaten-Konföderation abzubauen.
Foto von Mobilus In Mobili, © BY-SA 2.0

ihr Weißsein verleugnen und eine rassifizierte Identität ablehnen (vgl. Utsey et al. 2005).

Als wichtige Konstante wurde die wahnhaftige Vorstellung von Weißer Überlegenheit beschrieben, die bereits bei vierjährigen Weißen Kindern vorhanden war. Eine Ablehnung von Schwarzen und PoC durch Weiße Kinder nahm mit zunehmendem Alter allmählich zu, so dass die Forscher*innen die rassistische Sozialisation als Ursache dieses Verhaltens angeben (vgl. Singh/Yancey 1974, D'Andrea 1999, Katz 2003).

Bei Bewusstheit über die eigene Weiße Identität berichteten Weiße Befragte von Wut, Trauer, Frustration und Ekel wegen der Existenz von Rassismus. Diese Reaktionen korrelierten mit Empathie für Schwarze und PoC (vgl. Spanierman et al. 2008) bei sonst fehlender Empathie gegenüber Schwarzen und PoC (vgl. Gutsell/Inzlicht 2012, Keilson 1991).

■ Weiße Behandler*innen und Schwarze / PoC Patient*innen

Aufgrund der insbesondere psychischen Auswirkungen ihrer rassistischen Sozialisation und des soziopolitischen, sowie ökonomischen privilegierten Status verspüren Weiße keine Motivation, Rassismus zu thematisieren und dekonstruieren, obwohl sie ab der frühesten Kindheit über implizites Wissen der rassistischen Hierarchisierung in der Gesellschaft verfügen. Dieser Umstand hat bedeutende Implikationen für die therapeutische Beziehung zwischen Weißen Behandler*innen

und Schwarzen / PoC-Patient*innen. Denn rassistische Verhaltensmuster im Behandlungssetting dürfen komplex, subtil und häufig unbeabsichtigt zum Vorschein kommen und gehören wahrscheinlich eher zu rassistischer Ausdrucksform der *racial microaggressions*. Erzählungen von Schwarzen und PoC mit psychischen Belastungen und Erkrankungen belegen, dass es häufig erst gar nicht zur Vorstellung bei Weißen Therapeut*innen kommt und wenn doch, dass selten eine vertrauensvolle Beziehung gelingt.

Die Erfahrung, sich als Menschen gegenseitig zu erkennen und anzuerkennen, ist eine absolute Notwendigkeit für das Leben. Für Schwarze und PoC sind in diesem Zusammenhang geschützte Räume absolut notwendig, in denen die erlebte Zurückweisung durch die Weiße Gesellschaft in Form von Erzählungen über ihre erlebte Realität gegenüber einer empathischen und verständnisvollen Person, sowie durch Erfahrungsaustausch in der Gruppe eine soziale Verankerung bekommt, und nicht als individuelles Defizit gedeutet wird. Weiße Therapeut*innen werden in diesem Zusammenhang dringend eingeladen, sich bezüglich ihrer eigenen Prägung im rassistischen System zu sensibilisieren und positionieren.

Dr. med. Amma Yeboah, geboren 1979 in Wamfie/Ghana und mit einer Frühsozialisation in Ghana, Botswana, Namibia und Deutschland ist psychodynamische Supervisorin. Sie ist auch Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Darüber hinaus ist sie Trainerin bei Phoenix e.V. für Empowerment von People of Color und Schwarzen, sowie für Critical Whiteness.

(Es handelt sich bei diesem Text um die von der Autorin autorisierte gekürzte Fassung ihres Aufsatzes gleichen Titels in dem von Karim Fereidooni und Meral El herausgegebenen Buch: »Rassismuskritik und Widerstandsformen«, Wiesbaden 2017, S. 143-161 – Wir danken der Autorin und dem Verlag dafür.)

Fundstück

SPD-Kanzler und die Kolonialfrage 1919

Berlin, den 25. Januar 1919

Auf Ihr gefälliges Schreiben vom 14. d. Mts. erwidere ich Ihnen ergebenst, dass über Schicksal der deutschen Kolonien auf der Friedenskonferenz entschieden werden wird. Leider ist unsere Stellung den Gegnern gegenüber durch die von den früheren Machthabern getriebene Politik und deren Folgen so ausserordentlich geschwächt, dass uns eine Bekämpfung der Gewaltannektionsgelüste der Alliierten ungeheuer erschwert ist. Die Reichsregierung steht aber heute noch auf ihrem alten Standpunkt, dass ein Friede ohne Annektionen und Entschädigungen abgeschlossen werden soll. Wir beanspruchen die uns entrissenen Gebiete und Kolonien genau so zurück, wie wir die unsererseits besetzten Gebiete geräumt haben. Dabei würdigen wir durchaus den Wert, den brauchbare Kolonien für das deutsche Volk haben.

Friedrich Ebert

Handsigniertes Schreiben von Friedrich Ebert zum Schicksal der deutschen Kolonien

Rassismus bei Weißen Ärzt*innen und Patient*innen

Anne-Sophie Windel über offene Fragen und Gedanken nach dem Lesen von Amma Yeboahs Text

Beim Gesundheitspolitischen Forum 2019 des vdää hielt Amma Yeboah den Impulsvortrag über Rassismus in der Medizin. Daraufhin entwickelte sich ein interessanter und fruchtbarer Austausch, der unter anderem zur Entstehung dieses Themenheftes führte. Auf Grundlage des Artikels von Amma Yeboah über »Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland« von 2017 dokumentieren wir im Folgenden eine Resonanz aus Weißer ärztlicher Perspektive. Der Text gilt als Einladung zum Fragen und als offener Prozess zum weiteren gemeinsamen Austausch bezüglich Weißsein und Rassismus im Gesundheitswesen.

In Amma Yeboahs Artikel »Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland« werden Weiße Ärzt*innen eingeladen, sich mit Rassismus und den Privilegien als Weiße Person auseinanderzusetzen. Weiße Behandler*innen gehören ins »Zentrum der Erforschung von psychischen Folgen von Rassismus« schreibt sie, denn durch ein unsensibles, teils unbewusstes, teils bewusstes rassistisches Verhalten sorgen Weiße für die rassismusbedingte Traumatisierung von Schwarzen und People of Colour (PoC). Die Beschreibung Yeboahs, dass Rassismus durch eine Stressreaktion bei PoC und Schwarzen eine psychische und biologische »Vernichtung« hervorruft, einen sozialen Tod, trifft und berührt mich. Mir wird dadurch die Brutalität des rassistischen Systems bewusst.

Mir fällt ein, dass Rassismus nicht nur von Weißen Ärzt*innen reproduziert wird, sondern ebenfalls PoC/Schwarze Ärzt*innen von rassistischem Verhalten Weißer Patient*innen betroffen sein können. Ich denke dabei an Erfahrungsberichte von PoC-Kolleg*innen, die sich neben der Anstrengung des ärztlichen Alltags mit rassistischen Kommentaren beschäftigen müssen¹. In Rollenspielen in einem geschützten Rahmen oder durch Gespräch könnten Weiße Strategien erlernen, wie sie in solchen Situationen Rassismus entgegenreten können.

Yeboahs Artikel ruft in mir die Frage hervor, wie Weiße Ärzt*innen sich für eine rassismuskritische und menschenfreundlichere Medizin sensibilisieren können. Welche Handlungsformen gibt es, um der angeregten Aufforderung der Auseinandersetzung mit Weißen Privilegien zu begegnen? Welche Orte und Bedingungen müssen entstehen, damit Weiße Mediziner*innen einen rassismussensiblen Gesundheitsraum entwickeln können, Rassismus nicht mehr verschweigen, sondern verlernen, um letztlich besser auf Patient*innen of Colour eingehen zu können und deren Vertrauen zu verdienen? Letztlich sind es offene Fragen, in deren Antworten wir erst gemeinsam wachsen können.

Der Text ist fragmentarisch aufgebaut, denn ich kann nur

so über Rassismus und Weißsein sprechen. Ich beginne zu schreiben, lerne über mein Weißsein, kreise um mich, bin betroffen von der Gewalt des Rassismus in der Gesellschaft, teilweise mit einem Gefühl von Ohnmacht, wenn ich an die mörderischen Attentate von Hanau und Halle denke und gleichzeitig die stärkere Sichtbarkeit von rechten Strukturen und Bewegungen im Alltag sehe. Ich bin sprachlos und suche nach Worten für etwas, was ich nur teilweise erfassen kann, wo mir bislang keine Sprache gegeben wurde; ich habe nicht gelernt, über Weißsein zu sprechen. Ich bin als Weiße Person gefragt, auf die Suche zu gehen. Ich spreche von mir in der Ich-Form statt im passiven Neutrum, denn es ist wichtig, mich und jede einzelne Person als Akteurin in der Aufdeckung und Benennung von Rassismus sichtbar zu machen, auch wenn es sich bei Rassismus um ein strukturelles und gesellschaftliches Problem der Weißen Dominanzkultur handelt.

Ich zögere das Verfassen des Artikels hinaus, denn ich weiß nicht, wie ich anfangen soll. Was ist das richtige Format? Brauche ich einen »roten, stringenten Faden« in diesem Text? Ich bin es gewohnt, medizinische Artikel zu lesen und kenne daher eine lineare Herangehensweise an Sachverhalte, die meistens »objektiv-deskriptiv« ist und die persönliche Ebene außen vor lässt. Gleichzeitig ist die Struktur des Rassismus linear-hierarchisch aufgebaut, und wenn ich Rassismus überwinden will, ist es vielleicht nötig, im Prozess zu schauen, wohin die Gedanken führen, ohne »gerade« Antworten zu haben. Darf der Text dadurch auch zirkulär sein? Ich entscheide ja, auch wenn es verwirrt, denn das Thema Rassismus kann für Weiße verwirrend und beängstigend sein.

Ich spüre gleichzeitig den Druck, »wissenschaftlich« zu sein und mich rechtfertigen zu wollen, dass Rassismus überhaupt existiert. Dabei gibt es im angloamerikanischen Raum diverse Studien (unter dem Stichwort »Racism and health« finden sich bei der Literaturrecherche auf Pubmed am 02.09.2020 3.401 Veröffentlichungen), im deutschsprachigen gibt es soziologische Sammelbände über Rassismus in



Fotografiert bei einer Demo zum Klimaschutz, Pixabay © BY-SA 2.0

den Lebenswissenschaften², aber wenig Literatur von deutschen Mediziner*innen. Ich erinnere mich an Vorlesungen im Studium, in denen ich über das N-Wort mit Weißen Professoren diskutiert habe und als naive kleine Studentin belächelt wurde, die sich mal nicht so anstellen sollte. Das N-Wort (in Verbindung mit einer Raucherlunge benutzt) sei doch nicht diskriminierend gemeint.

Es benötigt Orte, um zunächst grundsätzlich zu verstehen, was Rassismus eigentlich meint, damit ein gemeinsames Vokabular besteht. Ich schaue während des Verfassens dieses Textes die Rassismusdefinition der Soziologin Philomena Essed nach: Rassismus sei »eine Ideologie, eine Struktur und ein Prozess, mittels derer bestimmte Gruppierungen auf der Grundlage tatsächlicher oder zugeschriebener biologischer oder kultureller Eigenschaften als wesensmäßig andersgeartete und minderwertige ›Rassen‹ oder ethnische Gruppen angesehen werden«³. Sicherlich ist es auch wichtig, als Weiße Mediziner*in Studien und Fachliteratur zu lesen, um die Problematik auf biologischer (es gibt keine Rassen) und sozialwissenschaftlicher Ebene (Rassismus existiert und macht krank) zu verstehen. Das faktische Wissen zu Rassismus zu generieren kann im Studium über Seminarearbeiten und Ringvorlesungen erfolgen und in der Studienordnung verankert werden.

Ein weiterer Ansatzpunkt wäre die Forschung über Rassismus und dessen körperlich-psychische Folgen im deutschen Gesundheitswesen zu fördern, um Studiendaten für den deutschsprachigen Raum zu haben und dadurch gesetzliche strukturelle Veränderungen zu bewirken. In dem Zusammenhang fällt mir auch die Pseudodiagnose »Morbus Mediteraneus« ein, welche eine »übertriebene, inadäquate« Schmerzáußerung auf eine vermeintlich kulturelle Prägung von Patient*innen mit Migrationsgeschichte aus dem Mittelmeerraum zurückführt (wobei Franzosen, die am Mittelmeer leben, nicht eingeschlossen werden...). Während ich diesem Begriff immer wieder bei Kolleg*innen in der Notaufnahme begegne, wird das Konzept in diversen Artikeln kritisch hinterfragt und als rassistisch eingeordnet⁴. Ich frage mich, inwiefern wir uns genug Zeit nehmen, um die beschriebenen Symptome einordnen zu können und Falschdiagnosen zu vermeiden. Bezüglich struktureller Defizite denke ich dabei beispielsweise an fehlende flächendeckende Angebote von Dolmetscherdiensten für Patient*innen of Colour, die nicht ausreichend Deutsch sprechen, mit der Gefahr der falschen oder unzureichenden Behandlung. Auch da könnten Weiße Ärzt*innen auf struktureller Ebene Veränderung hervorrufen.

Des Weiteren findet der Begriff der rassistischen Mikroaggressionen aus

Yeboahs Text Resonanz in mir: Inwiefern kann ein geäußelter Schmerz neben einer tatsächlichen somatischen Erkrankung auch ein körperlicher Ausdruck von Trauma durch rassistische Mikroaggressionen sein? Im ungekürzten Artikel von Yeboah wird die Schwarze Psychoanalytikerin Grada Kilomba zitiert, welche die Lebensrealitäten Schwarzer Frauen in Deutschland bezüglich Rassismus analysiert hat. Dabei beschreibt Kilomba, dass der durch Rassismuserfahrung erlebte seelische Schmerz sich körperlich ausdrücken kann. Durch die Verschiebung des Schmerzes auf den Körper wird gezeigt, dass es für die erfahrene rassistische Situation keine Worte gibt, da es »unbeschreibliche Wunden« sind⁵. Diesen Ansatz finde ich insofern wichtig, als das häufig diagnostizierte oder vermutete funktionelle Störungen oder Somatisierungsstörungen möglicherweise auch Ausdruck von erlebten traumatischen Erfahrungen sein können und wir uns dafür ebenfalls sensibilisieren müssen, um in der Anamnese mit Patient*innen of Colour offen-empathisch für solche Schmerzerlebnisse zu sein. In meinem PJ in der Psychiatrie betreute ich eine Schwarze Patientin mit Psychose, die in ihrer Psychose über rassistische Diskriminierung geklagt hat. Dies erkannte das Weiße Behandler*innen-team nicht an. Im Verlauf wurde die Psychose schlimmer und meine Phantasie ist, dass auch dies eine zuneh-

mende wiederkehrende Verwundung durch Rassismuserfahrung war.

Ich denke an mein Medizinstudium und ein Gefühl von Konkurrenzdenken, Leistungsdruck und »Einzelkämpferdasein«. Mir wird vorgelebt, dass ich alleine für mich und meinen Weg und mein Wissen als Ärztin verantwortlich bin. Diese Struktur verhindert implizit, verwundbar und fragend zu sein, und mich bezüglich Unklarheiten und offener Fragen zum Rassismus zu zeigen, da ich keine fertigen Antworten habe und dies als »schwach« angesehen werden könnte. Ich wünsche mir einen Weg aus der gefühlten Isolation hin zu einer Kultur des Austausches und des offenen Fragens, in der ich mit anderen Weißen Mediziner*innen aus der Unsicherheit der Sprachlosigkeit in Worte und Bewegung gelangen kann. Dabei denke ich an Supervisionsgruppen, die explizit das Thema Rassismus und die Intersektionalität anderer Diskriminierungsformen beinhalten und wo Rassismus nicht als nebensächliches Beiwerk besprochen wird. Oder Podiumsdiskussionen auf Kongressen der medizinischen Fachgesellschaften, wie z.B. im November 2019 bei der vdää-Veranstaltung. Dort kann es die Möglichkeit geben, in einer Kultur der

Wertfreiheit und des offenen Hinschauens die Dynamik von Rassismus zunächst zu verstehen und zu spüren, um durch das Verständnis in kommenden Situationen gegen Rassismus verändert agieren zu können. In Anlehnung an Yeboahs Text motiviert mich dabei als freudvoller Ausblick die Tatsache, dass ich dann eine professionelle Ärztin für Schwarze und People of Colour bin, wenn ich mich mit meinem Weißsein auseinandersetze, da dieser »Bestimmungsfaktor für den Therapieerfolg« ist⁶. Indem ich mir sanft mein Weißsein anschau und die Verantwortlichkeit für mein Handeln übernehme, kann ich mehr über meine Prägungen lernen und neue Formen finden, wie ich achtsam in den Kontakt gehe. Dadurch kann eine menschliche, erfolgreiche Ärzt*innen-Patient*innenbeziehung entstehen und Vertrauen jenseits geschichtlicher und struktureller Gewalt wachsen.

Anne-Sophie Windel beschäftigt sich seit einigen Jahren mit Rassismus und Weißsein und arbeitet aktuell als Assistenzärztin der Inneren Medizin in Solingen

1 Siehe u.a. den ungekürzten Text von Amma Yeboah: »Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland«, in:

Karim Fereidooni und Meral El (Hg.): »Rassismuskritik und Widerstandsförmen«, Wiesbaden 2017, S. 143-161

2 AG gegen Rassismus in den Lebenswissenschaften (Hg.): »Gemachte Differenz – Kontinuitäten biologischer »Rasse«-Konzepte«, 2009

3 Philomena Essed: »Multikulturalismus und kultureller Rassismus in den Niederlanden«, in: »Rassismus und Migration in Europa«, ARGUMENT-Sonderband AS 201, 1992, S. 375

4 Z.B. Ciani-Sophia Hoeder: »Einsames Leiden – Alltagsrassismus in der Medizin«, 11.03.2020, in: <https://rosa-mag.de/>; Yannick von Eisenhart Rothe: »Diagnose »Morbus Mediterraneus«: Das rassistische Klischee von wehleidigen Migrantinnen«, 18.09.2019, in: <https://www.bento.de/>; Lina Verschwele: »Medizin: Gibt es Rassismus in deutschen Arztpraxen?«, Süddeutsche Zeitung 15.08.2020

5 vgl. Grada Kilomba: »Plantation Memories. Episodes of Everyday Racism«, Kurzgeschichten in englischer Sprache, Münster 2018, S. 133

6 Yeboah 2017, a.a.o.

Auf der Homepage von GbP finden Sie noch einen weiteren Text von Anne-Sophie Windel zum Thema: »Eine Geschichte von Blutarmut. Gedanken und Erlebnisprotokoll einer Wahrnehmung Weißen ärztlichen Handelns«

Neue Bankverbindung des vdää

Liebe vdää-Mitglieder,

als der vdää 1986 gegründet wurde, war der Bankensektor in Deutschland noch ein anderer als heute. Die Postbank war die Postsparkasse und keine Investmentbank, die im großen Spekulationsgeschäft tätig war. Deshalb richtete der vdää damals wie viele andere linke Vereine auch seine Bankverbindung bei der Postbank ein. Von 2009 bis 2015 wurde die Postbank nach und nach von der Deutschen Bank übernommen. Seit einiger Zeit war es immer dann wieder mal Thema bei Mitgliederversammlungen, dass der vdää seine Bankverbindung wechseln solle zu einer »ethisch korrekten«, nachhaltigen Bank, die – wenn schon Bank – wenigstens nicht in Unternehmen investiert, die Waffen, Tabak, Pornografie, Pelzwaren oder umweltgefährdende Stoffe herstellen oder in Umlauf bringen oder Diktaturen finanzieren.

Der Vorstand hat das lange diskutiert, denn ein Bankwechsel ist auch ein bürokratischer Kraftakt, den wir mit unseren wenigen Ressourcen stemmen müssen. Wir haben nun – mit dem Votum der Mitgliederversammlung des vdää – eine Lösung gefunden. Der vdää hat ein zwei-

tes Konto eröffnet bei der **TRIODOS-Bank**, die ihre Aktivitäten konzentriert auf die Themenbereiche: Umwelt, Kultur und Soziales (siehe <https://www.triodos.de/ueber-uns>) und die, soweit wir das überblicken können, den von den Mitgliedern geforderten Kriterien entspricht. Dieses Konto wird in Zukunft das Konto des vdää sein. Jedes neue Mitglied bekommt diese Kontonummer für seine Betragszahlungen oder eine Einzugsermächtigung. Die alten Mitglieder können von jetzt ab ihre Beiträge auf dieses neue Konto einzahlen. Wer dem vdää eine Einzugsermächtigung gegeben hat, müsste uns diese erneut schriftlich geben für dieses neue Konto. Ein entsprechendes Formular findet Ihr auf der Homepage unter »wir über uns«. Dieses müsst Ihr ausfüllen und uns per Post schicken. Wir werden so nach und nach die Geldflüsse des vdää umleiten auf das neue TRIODOS-Konto, zunächst aber das Postbank-Konto noch beibehalten, bis ein Großteil umgestellt ist.

Die Bankverbindung des vdää ist jetzt:

Triodos Bank: IBAN: DE05 5003 1000 1076 0500 03
BIC: TRODEF1XXX

Mund Aufmachen ist angesagt

Die KritMed Leipzig haben mit der Hochschulgruppe BIPoC Med1 Leipzig ein Interview geführt, das im Rahmen des Versuchs entstand, als eine Gruppe, die ausschließlich aus nicht von Rassismus betroffenen Personen besteht, antirassistische Arbeit zu leisten. Der Prozess begann mit einem »Alleingang« der KritMed, einen rassistischen Vorfall an der medizinischen Fakultät nach eigenem Ermessen aufzugreifen und zu bearbeiten. Daraufhin kamen Anstöße von BIPoC Gruppen, das Wichtigste sei es, bereits bestehende Strukturen von Menschen, die von Rassismus betroffen sind, einzubeziehen und ihnen mehr Sichtbarkeit zu geben. Nach diesem Lernprozess sollen, so der Wunsch der KritMeds Leipzig, nun mehr vergleichbare Zusammenarbeiten entstehen.

KritMed: Mit welcher Idee hat sich Eure Gruppe gebildet?

BIPoC Med Mina: Erreichen wollen wir alle BIPoC, die Medizin studieren. Damit sie wissen, dass sie einen sicheren Hafen haben, in den sie kommen können und einen Safe Space, in dem sie sich austauschen können und Unterstützung bekommen. Aber natürlich auch, dass andere Leute wissen, dass wir existieren, dass wir einbezogen werden können als Gruppe.

BIPoC Med Anja: Es gibt dieses Stereotyp: Medizin ist ein sehr weißer Studiengang. Das stimmt ja auch im Prinzip, aber das heißt nicht, dass er ausschließlich weiß ist. Das ist eine wichtige Differenzierung.

KritMed: Was bedeutet Antirassismus für Euch?

Anja: Ich glaube, der Kern von antirassistischer Arbeit ist, dass es nicht ausreichend zu sagen: Ich versuche, nicht rassistisch zu sein. Rassistische Strukturen existieren und wenn man nichts aktiv dagegen unternimmt, erhält man sie aufrecht. Wir müssen Rassismus aktiv abbauen. Viele sagen: Ich bin ja nicht rassistisch. Das kann schon gut sein, aber man ist trotzdem in dieser Gesellschaft aufgewachsen, die Rassismus reproduziert und die auch in vielen Aspekten auf Rassismus gebaut wurde. Und da ist es total wichtig, erstens diese Strukturen zu erkennen und zweitens sie zu hinterfragen.

Mina: Antirassismus ist für uns eine Überlebensstrategie. People of Color,

die in der Medizin arbeiten, werden abgehalten von vollständiger Teilhabe, sie werden benachteiligt. Es ist immer zusätzlicher Bestandteil Deines Alltags als PoC, Dich mit diesen rassistischen Strukturen auseinanderzusetzen. Entsprechend darf man als weiße Person nicht unterschätzen, dass rassistische Strukturen abzuschaffen kein Hobby ist, sondern notwendig, um Menschen die Teilhabe an der Medizin sowohl als Patient*in als auch als Mediziner*in zu ermöglichen.

Anja: Ich hab' das Gefühl, dass viele sagen: Du interpretierst da Rassismus rein. Was viele nicht verstehen ist, dass für mich und andere PoC Rassismus keine Interpretation ist, sondern dass es einfach so ist. Die Annahme, dass man Distanz davon haben kann, ist eine sehr privilegierte. Viele weiße Menschen denken, dass ihre Position die Position der Neutralität ist. Und eine Position, die nicht weiß ist (das kann man auch auf andere intersektionale Identitäten ausweiten), sei irgendwie voreingenommen. Aber es sind ja im Prinzip alle Leute voreingenommen, vor allem weiße Menschen, weil sie diese Strukturen einfach nicht hinterfragen.

KritMed: Ihr habt gerade viel zu strukturellem Rassismus gesagt. Könnt Ihr sagen, wie dieser sich im Gesundheitswesen zeigt?

Mina: Das beginnt damit, dass Rassismus die Grundstruktur weißer Gesellschaften ist. Das zeigt sich dementsprechend in der Lehre. Es reicht von konkret rassistischen, teilweise wis-

senschaftlich falschen Aussagen, bis hin zu so Sachen, dass in der Dermatologie nur an Weißen gelehrt wird. Das setzt sich dann natürlich fort in der Weltanschauung von Ärzt*innen. Wir werden Ärzt*innen und wir werden all unsere Vorurteile mit in den Job nehmen. Jeder Mensch hat Vorurteile. Man merkt vielleicht auch selbst, dass man, wenn man Patient*innen behandelt, gleich eine Antipathie oder Zurückhaltung gegenüber jemandem hat, durch die rassistischen Ansichten, die man von den Eltern oder der Lehre mitgegeben bekommen hat. Und das pflanzt sich dann natürlich weiter fort in eine schlechtere Patient Care. In den USA, wo es gerade viel Forschung dazu gibt, zeigt sich z.B., dass die Kindbettsterblichkeit bei Schwarzen Frauen höher ist.

Anja: Ich glaube, viele Leute missverstehen strukturellen Rassismus als eine Struktur, die viel Rassismus in sich hat, aber die Struktur an sich ist rassistisch. Viel in der medizinischen Lehre basiert noch auf kolonialimperialistischen Annahmen. Sogar wenn in dieser Struktur niemand aktiv rassistisch wäre, wäre es immer noch eine Struktur, die People of Color benachteiligt.

KritMed: Ihr habt vorhin das Thema Intersektionalität angesprochen. Was ist das und wo überschneidet sich Rassismus mit anderen Diskriminierungsformen im Gesundheitssystem?

Anja: Schwarze Menschen und Frauen werden beide in der Medizin benachteiligt, aber vor allem an der Intersek-

tion von diesen sehr vulnerablen Identitäten findet man wirklich Schwachstellen. Da kommt viel zusammen. Dass man Frauen nicht ernst nimmt, wenn sie sagen, dass sie Schmerzen hätten, und Stereotype über Schwarze Menschen, dass sie weniger Schmerzen empfinden. Das wird im Medizinstudium weitergegeben an Medizinstudierende. Da sieht man, wie tödlich das sein kann.

Mina: Weiße Studierende müssen sich vor Augen halten, dass wir Menschen damit umbringen werden, wenn wir unsere Vorteile ausleben. Menschen werden sterben, wenn wir nicht bereit sind, mehr Perspektiven zuzulassen.

Anja: Man muss die Strukturen wirklich verstehen, damit man sie nicht aus Versehen reproduziert. Es ist nicht nebensächlich, es ist nicht so wie Intubieren, das muss nicht jede*r Ärzt*in können. Hier geht es um den Kern der medizinischen Tätigkeit, weil es um Menschen geht.

KritMed: Was können explizit weiße Menschen in medizinischen Berufen tun, um Eure Arbeit zu unterstützen?

Anja: Was ich spannend finde, ist, wenn weiße Menschen den *white fragility* Test machen. Z.B.: »Fühlst Du Dich angegriffen, wenn Du als weiß bezeichnet wirst?«, »Fühlst Du Dich angegriffen, wenn Leute sagen, weiße Menschen sind rassistisch?«, da gibt's ganze Listen. Ich glaube, das zeigt wirklich, wie persönlich manche Menschen so etwas nehmen.

Mina: Auch Privilegien-Check finde ich einen guten Stichpunkt. Mir würde es schon reichen, wenn weiße Studierende anfangen, ihre Privilegien zu hinterfragen. Zum Beispiel: Vor Famulaturen bereite ich mich absurd viel vor. Ich tauche da auf und bin vorbereitet auf dieses Fach. Es haben sich schon oft Leute über mich lustig gemacht, das sei ja übertrieben. Fakt ist aber, wenn ich irgendwo auftauche, werde ich als inkompetent wahrgenommen, weil ich eine Frau bin und weil ich Schwarz bin. Die Leute erwarten nicht viel von mir. Die Leute erwarten in der Regel nicht mal, dass ich Medizin stu-

diere. Das heißt, mein Umgang damit ist, dass ich so vorbereitet bin, dass mich niemand irgendwas fragen kann, was ich nicht weiß. Ich muss mich aufs Arbeitsleben ganz anders vorbereiten. Auch schon die Wahl des PJ-Platzes. Da sind andere Leute so: »Wie viel Geld gibt es dort?«, »Wie weit ist mein Arbeitsweg?«. Ich hab nachgesehen, wie viele People of Color im Team sind, weil ich es nicht ertragen kann, ein Jahr lang irgendwo zu arbeiten, wo nur Weiße sind, und ich mich jeden Tag mit schwerstem Rassismus auseinandersetzen muss. Und den Mund aufmachen. Immer, und wenn es nur ein rassistischer Witz war, irgendeine kleine Bemerkung. Was ich total angenehm finde, ich habe ein paar weiße Freunde, die, wenn jemand in einer Runde was Rassistisches oder Kontroverses sagt, sofort was sagen. Ich kann mich dann einfach zurücklehnen und sagen: Ok, ich muss das jetzt nicht machen, es ist gerade nicht mein Fight. Diese Einstellung sollten sich Medizinstudierende aneignen. Solange ich immer noch höflich lache, wenn der Oberarzt z.B. das N-Wort benutzt oder einen unangemessenen Witz macht, bestärke ich denjenigen natürlich damit.

Anja: Und alle in diesem Raum merken das auch, es wird bestärkt und ist irgendwie akzeptabel.

Mina: Jede anwesende Person of Color fühlt sich dadurch natürlich auch extrem unwohl, was dann wieder verstärkt, dass sich weiße Räume bilden. Klar, wenn ich so etwas miterlebe, und es sagt keiner was außer mir, dann werde ich da nicht mehr hingehen. Und dementsprechend ist einfach den Mund Aufmachen angesagt.

KritMed: Was wünscht Ihr Euch für die medizinische Lehre?

Anja: Ich würde mir wünschen, dass das Thema Rassismus in die medizinische Lehre integriert wird. Wenn ich wissen muss, welche Aminosäure an irgendwas gekoppelt ist, muss ich auch wissen, dass Rassismus meine Medizin beeinflusst. Das muss fächerübergreifend thematisiert werden. In der Schmerzmedizin muss thematisiert werden, dass Schwarze Men-

schen nicht adäquat schmerztherapiert werden. In der Dermatologie muss thematisiert werden, dass Menschen mit dunkler Haut häufiger an Melanomen sterben, weil das schlechter erkannt wird. Es muss wirklich in allen Bereichen als das gesellschaftsübergreifende Thema, was es ist, behandelt werden. Und dass man benennt, dass auch Rassismus, die Folgen von institutionalisiertem Rassismus Soziale Determinanten von Gesundheit sind. Das passiert alles nicht in einem Vakuum, das kommt irgendwo her. Und wo es herkommt, ist meistens Kolonialimperialismus.

Mina: Und auch die Lehre wird von Intersektionalität profitieren. Zum Beispiel im Rahmen der Gynäkologie bei Frau Prof. Dr. Aktas, Chefärztin der Gyn. Sie macht eine super gute Lehre, und die bieten jetzt auch in unterschiedlichen Sprachen Sprechstunden an, und sie ist in der Sprechstunde darauf bedacht, dass Menschen mit Migrationshintergrund ausreichend abgeholt werden.

Anja: Das Ding ist, dass wir einfach bessere Medizin betreiben, wenn wir intersektional arbeiten. Es ist ja nicht nur aus politischer Korrektheit, sondern wirklich aus Liebe zum Fach. Und das heißt, dass ich einen Anspruch habe, dass dieses Fach und diese Institution sich bessern.

Mina: Ich glaube, wir ruhen uns in Deutschland darauf aus, dass wir eine relativ freie und solidarische Gesellschaft sind. Aber ich bin der Meinung, es gibt immer Raum für Verbesserungen, es gibt immer Luft nach oben. Und das ist auch das, was wir als Mediziner*innen anstreben sollten. Dass nicht nur die Lehre, sondern auch unsere Praxis immer besser wird.

kritMed Leipzig, c/o: Student_innenRat der Universität Leipzig; BIPOC Hochschulgruppe Leipzig; Facebook: Bpoc Hochschulgruppe Leipzig, Instagram: bipoc.uni.leipzig

1 BIPoC = Black, Indigenous, People of Colour – Selbstbezeichnung von Menschen die Rassismuserfahrungen machen.

Solidarisches Krankenhaus für die Kitteltasche

Zeitdruck, hierarchische Strukturen, ökonomische Zwänge. Der Berufsstart in den Krankenhaus-Alltag ist für viele Ärzt*innen eine große Herausforderung; Wie bringe ich fachliche, strukturelle und moralische Anforderungen in Einklang? Wie schaffe ich es, medizinische Probleme auch als gesellschaftliche Probleme zu begreifen? Und wie erreiche ich es, im Alltag nicht unterzugehen und zusammen mit aktiv an politischen Aktivitäten teilzunehmen?

Die Broschüre »Solidarisches Krankenhaus für die Kitteltasche« soll den Start erleichtern, neue politische Perspektiven aufzeigen und Anstoß für gemeinschaftliche Organisation geben. Denn zusammen mit anderen Berufsgruppen ist eine Umgestaltung hin zu einem Solidarischen Gesundheitssystem möglich! Wir dokumentieren hier einen Ausschnitt.

Rassismus im Gesundheitssystem

■ Patient*innen

Die kontinuierlichen Diskriminierungserfahrungen, die Migrant*innen in Deutschland machen, verschlechtern ihren Gesundheitszustand sowohl psychisch als auch physisch (Igel 2010). Durch Ausgrenzungs- und Diskriminierungserfahrungen ausgelöster Stress schlägt sich nieder in einer erhöhten Prävalenz von psychischen und chronifizierten Erkrankungen (RKI 2008).

Auch als Patient*innen des Gesundheitssystems müssen Migrant*innen und People of Color (PoC) mit Diskriminierung rechnen. Die medizinische Ausbildung in Deutschland ist vor allem auf die Behandlung weißer Personen

ausgerichtet: die Diagnostik von Melanomen auf schwarzer Haut wird genauso ausgespart, wie das zuverlässige Erkennen von Hypoxien oder einem Ikterus bei nicht-weißen Neugeborenen. Zusätzlich führen diskriminierende Stereotype in der Mehrheitsgesellschaft dazu, dass PoCs weniger Glauben geschenkt wird, wenn Sie über Schmerzen oder andere Symptome berichten – das Ausbleiben der Untersuchung auf einen Herzinfarkt bei berichteten Schmerzen oder Engegefühl im Brustraum, zeigt die Gefahr dieses Misstrauens (American Heart Association, 2019).

Gesundheitsarbeiter*innen müssen sich ihrer eigenen Rassismen und Vorurteile bewusst werden. Eine Möglichkeit bietet der Cultural Safety Approach, ein Ansatz der sowohl den sozialen Kontext von Patient*innen, als auch strukturelle wie historische Machtungleichheiten beachtet. Beide beeinflussen unsere Gesundheit und unsere Erfahrungen im Gesundheitssystem.

Weitere Infos:

- Cultural Safety Approach: https://en.wikipedia.org/wiki/Cultural_safety
- <https://whitecoats4blacklives.org>
- Maya Rupert on black women receiving inferior care when suffering heart attacks: <https://twitter.com/NNUBonnie/status/977022893270822912?s=20>
- Malone Mukwende: »Mind the Gap. A Handbook of clinical signs in black and brown skin«, <https://www.blackandbrownskin.co.uk/mindthegap>

■ Gesundheitsarbeiter*innen

Die Covid-19 Pandemie hat gezeigt, dass im Gesundheitssystem arbeitende PoCs nicht den gleichen Schutz erfahren wie ihre weißen Kolleg*innen, sondern dass sie oft in vorderster »Front« arbeiten (Wingfield, 2020). In Großbritannien sind sechs von zehn der durch

Covid-19 gestorbenen Gesundheitsarbeiter*innen Menschen of Color (McIntyre, 2020). Diskriminierung und Rassismus sind, wie in allen anderen Bereichen der Gesellschaft, auch im Klinikalltag anwesend. Einige Institutionen im Gesundheitsbereich haben Gleichstellungsbeauftragte und Ombudspersonen, die in Fällen von Diskriminierung angesprochen werden können. Darüber hinaus gibt es weitere Vereine, an die sich Menschen mit Diskriminierungserfahrung wenden können:

- Amaro Foro e.V.: Menschen, die von Antiziganismus betroffen sind; info@amaroforo.de, Tel. 030 43205373
- Antidiskriminierungsnetzwerk Berlin des Türkischen Bundes Berlin-Brandenburg: adnb@tbb-berlin.de, Tel. 030 6130 5328
- OFEK – Beratungsstelle bei antisemitischer Gewalt und Diskriminierung: beratung@zwst-kompetenzzentrum.de, Tel. 030 610 804 58, Mobil 0176 458 755 32
- GLADT e.V.: Menschen mit Migrationsgeschichte, Schwarze und people of color, LGBTQ*Personen; info@gladt.de, Tel. 030 587 684 9300
- LesMigraS / Lesbenberatung Berlin e.V.: LSBT*I* mit Fluchterfahrungen, mit und ohne Mehrfachidentität, info@lesmigras.de
- EachOneTeach (EOTO) & Initiative Schwarzer Menschen in Deutschland (ISD), Gesprächspartner bei Diskriminierung Schwarzer Personen: eachone@eoto-archiv.de, Tel. 030 983 24 177; isdbund@isdonline.de

Darius Savelsberg

Die Broschüre »Solidarisches Krankenhaus für die Kitteltasche« – Bald auch an deinem Krankenhaus – Herausgeber*innen und Bezugsadresse der Kritischen Mediziner*innen Berlin: kritischemediziner_innen@riseup.net, <http://kritischemedizinerinnen.blogspot.eu/>

Stumpf ist Trumpf

Thomas Kunkel über die Gesundheitspolitik der AFD

Mit der AFD ist eine Rechte Partei im Bundestag und inzwischen in vielen Landtagen institutionell in der Politik angekommen. Thomas Kunkel hat sich die Gesundheitspolitik der AFD aber auch andere Positionen von ihr genauer angeschaut: Sie lässt kaum eine Gelegenheit aus, Rassismus als Leitmotiv, Begründung oder Rechtfertigung ins Zentrum ihrer Gesetzentwürfe zu stellen, andererseits erweist sie sich bei ihren Abstimmungen als ganz traditionelle konservative-liberale Partei. Was die Lage nicht besser macht.

Seit der Bundestagswahl 2017 sitzt die AFD mit 12,6% der Wähler*innenstimmen im Bundestag. Mit 89 Abgeordneten ist sie nach den beiden Regierungsparteien die größte Fraktion. Von der überheblichen Rhetorik, man werde alles ganz anders als »die Altparteien« machen, ist schnell nicht mehr viel übrig geblieben. Außer der regelmäßigen Provokation von Ordnungsrufen im Plenarsaal durch einzelne Abgeordnete wie insbesondere Stephan Brandner und gelegentlichen Personalrochaden wegen des parteiinternen Flügelkampfes betreibt die AFD Fraktion konventionelle Parlaments- und Fraktionsarbeit.

Der anfänglichen Zuspitzung aller Debatten auf die Kernthemen der Partei – Rassismus, Islamophobie, Sexismus – folgte im Laufe der Zeit eine inhaltliche Verbreiterung und mehr oder weniger konstruktive Mitarbeit in Gremien und Ausschüssen. Dies gilt auch für die Gesundheitspolitik der Partei. Von Alexander Gaulands an die »Altparteien« gerichtetes, einen Ticken zu großspurig am Wahlabend herausposauntes: »Wir werden sie jagen«, ist nicht viel übrig geblieben. Die AFD erweist sich auch in ihrem Abstimmungsverhalten als eine angepasste und konventionelle Partei, wie eine aktuelle Studie der Rosa Luxemburg Stiftung zeigt. »Jetzt weiß man also, dass diese Jagd in mehr als der Hälfte der untersuchten Fälle damit endet, dass Gaulands AFD exakt so abstimmt wie Merkels Union oder auch Christian Lindners FDP«, resümierte die *Süddeutsche Zeitung* süffisant.¹

■ Strategie der AFD Gesundheitspolitik

Um es kurz zu machen: Bei aller Betriebsamkeit der Fraktion ist hier keine klare Strategie zu erkennen. Vielmehr bedient sich die AFD bei gesundheitspolitischen Positionen anderer Parteien.

Der gesundheitspolitische Arbeitskreis der AFD besteht zwar aus Männern, die gesundheitspolitisch keine bzw. so gut wie keine relevanten Kenntnisse oder Kompetenzen vorweisen, äußert sich jedoch rege zu einer Vielzahl von Themenbereichen, u.a. Organspende, Krankenhauspolitik, Arzneimittelzulassungen usw. Dass fast alle Mitglieder des AK zuvor in anderen Parteien, CDU, CSU und FDP, tätig waren, erklärt die zusammengewürfelt erscheinenden gesundheitspolitischen Positionen und Themen der Partei. Diese wurden anfangs in der sogenannten »Berliner Erklärung«

festgehalten, die weniger eine konsistente gesundheitspolitische Strategie und Lösungsvorschläge für die brennendsten Probleme enthält, sondern vielmehr punktuelle Maßnahmen an Leitmotiven der Partei ausrichtet, wie etwa die an erster Stelle genannte »nationale Souveränität« der gesundheitspolitischen Gesetzgebung.² Wie in den anderen Politikfeldern auch lässt die AFD kaum eine Gelegenheit aus, den Rassismus als Leitmotiv, Begründung oder Rechtfertigung ihrer Gesetzentwürfe in das Zentrum der politischen Kommunikation zu stellen.

■ Rassismus als Leitmotiv fast aller Politikfelder der AFD

So geriert sich die Partei in der aktuellen globalen Debatte zum Thema Rassismus zuvorderst besorgt um den »Schutz der weißen Minderheit« in Afrika.³ Im Antrag »Einstellung der Entwicklungszusammenarbeit mit der Republik Südafrika« wird eine angeblich systematische und staatlich geduldete Gewalt gegen Weiße herbeigelogen.

Auch in der Diskussion um das Thema Kolonialismus hatte die AFD sich gegen eine Rückgabe von sogenanntem »Sammlungsgut aus kolonialem Kontext« – auf Deutsch: Raubgut – ausgesprochen und sich gegen jegliche Wertung, »die deutsche Kolonialzeit einseitig als Unrecht oder verbrecherisch zu klassifizieren«, verwahrt.⁴

■ AFD und Hanau

Besonders abstoßend war die Reaktion der Partei auf den rassistischen Anschlag in Hanau im vergangenen Jahr. Die Tat wurde – im Übrigen nicht nur von der AFD – als Ausdruck einer psychiatrischen Grunderkrankung (v)erklärt und sehr bemüht entpolitisiert. Einer der Gründe hierfür war eine Abwehrreaktion auf die vom demokratischen Teil der Leitmedien und Öffentlichkeit gestellte Frage, inwiefern der von der AFD maßgeblich vorangetriebene Rassismus und die Verrohung des gesellschaftlichen Klimas mit einer Tat wie in Hanau, in Halle oder dem Mord an Walter Lübcke in Zusammenhang stehen. Die AFD fiel in ihre gewohnte Opferrolle zurück und rechtfertigte den der Tat zugrundeliegenden Rassismus in derselben Logik wie der Täter als »Abwehrreaktion«. Worte der Anteilnahme, Bestürzung oder jegliche Regung der

Empathie gegenüber den Angehörigen der Opfer fanden sich konsequenterweise nicht.

■ Gesundheitspolitik als Vehikel für rassistische Inhalte

Viele gesundheitspolitische Aktivitäten der AFD sind letztendlich nur Vehikel für rassistische Stimmungsmache. Ein Beispiel aus dem letzten Jahr ist der Gesetzentwurf »zur Altersfeststellung bei ›jungen Ausländern««. Hier fordert die AFD, die Volljährigkeit »des Ausländers« durch geeignete medizinische und ggf. zahnmedizinische Maßnahmen innerhalb eines Zeitraums von sechs Wochen nach Erstaufnahme festzustellen, wenn eine Minderjährigkeit »nicht durch bloßen Augenschein feststellbar« sei. Auch bei Vorlage entsprechender Ausweisdokumente aus dem Herkunftsland solle die Person sich den Maßnahmen beugen.⁵

Jenseits der ethischen Probleme, die ein derartiger Gesetzentwurf mit sich bringt, bezieht die AFD mit diesem Thema Position neben der organisierten Naziszene im Zuge der öffentlichen Diskussion über eine tödlichen Messerattacke im rheinland-pfälzischen Kandel. Die Proteste in Kandel wurden vom harten Kern der Naziszene getragen. Da es nach der Tat Zweifel am Alter des – damals noch mutmaßlichen, inzwischen verurteilten – Täters gab, griff die AFD diese Vorlage von der Straße parlamentarisch auf.

Zu nicht mehr als rassistischer Stimmungsmache taugte auch der Antrag »Folgen von Konsanguinität erkennen und eindämmen«.⁶ Darin sieht die AFD die Notwendigkeit, die vermeintlich hohen gesellschaftlichen Folgekosten durch Verwandtenehen zu begrenzen. Im Antrag wird gezielt gegen Menschen mit Migrationshintergrund gehetzt und ein Bild gezeichnet, das dem bekannten Motiv der NSDAP ähnelt, auf dem der »Volksgenosse« behinderte Menschen auf seinen Schultern »mitträgt«.

Neben der vermeintlichen Gesundheitsgefährdung der Bevölkerung durch Migrant*innen wird im Antrag eines »Nationalen Plans zur systematischen Stechmückenkontrolle- und

Bekämpfung« Stimmung gemacht gegenüber »ausländischen Infektionserregern«.⁷ Nun sind es also nicht nur Migrant*innen, sondern auch asiatische und anderweitig »ausländische« Insekten, die dafür herhalten müssen, xenophobe Reflexe zu triggern.

■ Die AFD und die Corona Pandemie

Zu Beginn der Corona-Pandemie hat die AFD im Bundestag noch vor der Ausbreitung des Virus in Deutschland gewarnt, wenn auch wie üblich in ihr Mantra von verschärften Grenzkontrollen und -schließungen verpackt.

Dies hat sich inzwischen verändert, seit auch die AFD ebenso wie die außerparlamentarisch organisierte Naziszene erkannt hat, welches Mobilisierungspotential die Proteste gegen die Maßnahmen der Bundes- und Landesregierungen haben. So hat die AFD während der vergangenen Monate einen sich beschleunigenden Ruck nach rechts vollzogen und sucht nun offensiv den Schulterschluss mit dem Spektrum der sogenannten »Corona-Leugner*innen«.

Initiativen wie »Querdenken« machen sich das von Pegida und AFD konstruierte Bild von »Volk gegen Eliten« zu eigen. Der rechte Teil der AFD hat verstanden und stimmt ein in den Kanon der Verschwörungsideolog*innen. Höcke und die ihm nahestehenden Personen aus dem »Flügel« reisten nach Berlin und beteiligten sich an den Demonstrationen. Der bayrische Bundestagsabgeordnete Hansjörg Müller beschimpfte bei seiner Rede auf einer dieser Demos am 30. August in Berlin Gesundheitsminister Spahn als »Gesundheitsdiktator«. In klassischer verschwörungstheoretischer Manier behauptete er, die Bundesregierung habe den »Sturm auf den Reichstag« am Tag zuvor selbst inszeniert: »Ich möchte der Staatsmacht und den Medien die Frage stellen: Warum waren eure Kameras am Reichstag schon vorbereitet, um das aufnehmen zu können?«

Gegen Robby Schlund, Arzt und Mitglied der AFD-Bundestagsfraktion sowie deren gesundheitspolitischem Arbeitskreis droht nun ein berufsrechtliches Verfahren nach Prüfung durch

die Landesärztekammer Thüringen. Schlund hat auf der Demonstration am 29.8.20 in Berlin eines jener »geschmackvollen« Schilder hochgehalten, auf denen verschiedene Politiker*innen, Journalist*innen sowie Drogen in Sträflingskleidung zu sehen waren.⁸

Dennoch sind diese Positionen in der AFD nicht unumstritten. Moderatere Teile der Partei sehen zwar kein Problem in den verschwörungstheoretischen Angriffen auf die Bundesregierung und die freie Presse, sorgen sich jedoch vor Akzeptanzverlust in konservativen Kreisen durch ein allzu offenes Spiel mit den »Schmuddelkindern«, aka der offenen Naziszene.

Es erscheint verkürzt, in einer Ausgabe zum Thema Rassismus in der Medizin allein die parteipolitischen Positionen der AFD zu kritisieren und dabei rassistische Politik, die quer durch fast alle Fraktionen der in Bundes- und Landtagen vertretenen Parteien Unterstützung findet, außen vor zu lassen. Allein, es würde den Rahmen unseres Heftes sprengen.

- 1 <https://www.sueddeutsche.de/politik/afd-bundestag-abstimmungsverhalten-linke-1.5028257>
- 2 <https://cdn.afd.tools/wp-content/uploads/sites/156/2019/06/Berliner-Erkl%C3%A4rungTischvorlage-PK-Gehrke.pdf>
- 3 <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/206/1920611.pdf>
- 4 Gerd Wiegel: »AFD im Bundestag«, 07/2020
- 5 <https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/004/1900461.pdf>
- 6 <https://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/206/1920688.pdf>
- 7 <https://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/206/1920684.pdf>
- 8 <https://www.tag24.de/nachrichten/politik/deutschland/parteien/afd/nachhaftlings-plakaten-bei-der-corona-demo-afd-politiker-droht-aerger-1638116>

Thomas Kunkel ist Arzt und Co-Vorsitzender des vdää.

Soziale Determinanten von Gesundheit in Zeiten der Krise

6.– 8. November 2020 als Videokonferenz im Internet

FREITAG, 6. NOVEMBER

19:00 – 20:30 Uhr

Berliner Ortsgruppe des vdää:

Was lernen wir aus der Covid19-Pandemie?

In der Woche vor der JHV werden wir mehrere kleine Inputs hochladen, die eine Einführung zu den verschiedenen sozialen Determinanten in Bezug auf Covid19 geben.

Am Freitag wollen wir darüber und über weiterführende Fragen diskutieren.

SAMSTAG, 7. NOVEMBER

THEMA: Soziale Determinanten von Gesundheit in Zeiten der Krise

09:15 – 10:45 Uhr Panel I

- Prof. Dr. Martin Kronauer (Gesellschaftswissenschaftler, Berlin): Armut in Deutschland
- PD Dr. Tobias Hofmann (Arzt, vdää-Vorstand, Berlin): Wie verändert der Neoliberalismus unsere Patient*innen?

Pause

11:15 – 13:00 Uhr Panel II

- Prof. Dr. Leonie Sundmacher (Health Services Management, Uni München): Planung bedarfsgerechter ambulanter Strukturen unter Berücksichtigung sozialer Determinanten von Gesundheit
- Lukas Waidhas (Community Health Nurse, Poliklinik Hamburg): Medizinische Versorgung unter Berücksichtigung sozialer Determinanten der Gesundheit
- Dr. Ben Wachtler (Arzt, Public Health Wissenschaftler, vdää-Vorstand): Soziale Determinanten in der angelsächsischen Public Health-Debatte

Mittagspause 13:00 – 14:30 Uhr

14:30 – 16:30 Uhr Workshops

1. Prof. Dr. Nico Dragano (Institut für Medizinische Soziologie, Uni Düsseldorf): Prekäre Beschäftigungsverhältnisse und medizinische Versorgung
 2. Dipl. Psych. Christian Küpper (Weglaufhaus »villa stöckle«, Berlin): To hell with poverty – Überlegungen zur Psychiatrisierung von Armut
 3. Navina Sarma (Public Health Wissenschaftlerin, Berlin): Wohnungslosigkeit und medizinische Versorgung
 4. Diskussion der vdää-Arbeitskreise zur Ambulanten und Stationären Versorgung: bedarfsgerecht und demokratisch – Alternativen zum bestehenden Gesundheitssystem
 5. vdää-AK Medizinische Versorgung im Knast stellt sein Positionspapier zu Diskussion
- Pause

17:15 – 18:30 Uhr

Aktuelle Gesundheitspolitik

Die links zur Einwahl in die Videokonferenzen werden jeweils ein paar Tage vorher verschickt.

SONNTAG, 8. NOVEMBER

10:00 – 13:00 Uhr

Mitgliederversammlung des vdää

- Rechenschaftsbericht des Vorstands, des Kassenswarts, Anträge, Verschiedenes
- Diskussion über aktuelle politische Schwerpunkte der vdää-Arbeit

Anmeldung bitte bis 1. November an info@vdaee.de. Bitte teilt uns bei der Anmeldung mit, für welchen Workshop Ihr Euch interessiert.