

RASSISMUSKRITISCHE HANDLUNGSSTRATEGIEN IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG:

Ergebnisse einer interdisziplinären Lehrveranstaltung

Tim Oberschelp¹, Friederike Wietschel¹, Dennis Grothe¹, Jingya Li¹, Anna Tiemann¹, Johanna Viedt¹, Helen Werner¹, Marlene Pomberg¹, Ronja Finke², Amani Al-Addous², Simon Matteo Gerhards^{2,3}, Nurcan Akbulut⁴

¹Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

²Medical Students for Antiracist Action, Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd)

³Abteilung Ethik in der Medizin, Department für Versorgungsforschung, Fakultät VI Medizin und Gesundheitswissenschaften, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

⁴AG Epidemiologie & International Public Health, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Vorgeschlagene Zitierweise:

Oberschelp, T.; Wietschel, F.; Grothe, D.; Li, J.; Tiemann, A.; Viedt, J.; Werner, H.; Pomberg, M.; Finke, R.; Al-Addous, A.; Gerhards, S. M.; Akbulut, N. (2023): Rassismuskritische Handlungsstrategien in der Gesundheitsversorgung: Ergebnisse einer interdisziplinären Lehrveranstaltung. Bielefeld: Universität Bielefeld. DOI: <https://doi.org/10.4119/unibi/2982891>

Das vorliegende Working Paper entstand im Rahmen des Praxisprojekts „Gesundheitsberichterstattung (BHC52): Rassismuskritische Handlungsstrategien in der Gesundheitsversorgung“, welches im Wintersemester 2022/2023 von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld angeboten wurde. Das Ziel dieses Working Papers ist es, die Ergebnisse des Praxisprojekts einer breiten Leserschaft zugänglich zu machen und zur Diskussion zu stellen. Dabei richtet sich der Fokus u.a. auch auf die Frage, wie Studierenden in gesundheitsrelevanten Ausbildungsberufen und Studiengängen das Thema Rassismus vermittelt werden kann.



Soweit nicht anders angegeben, wird diese Publikation unter der Lizenz Creative Commons Attribution- Non Commercial- No Derivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) veröffentlicht. Weitere Informationen finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de> and <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de>

Rassismuskritische Handlungsstrategien in der Gesundheitsversorgung: Ergebnisse¹ einer interdisziplinären Lehrveranstaltung

Tim Oberschelp, Friederike Wietschel, Dennis Grothe, Jingya Li, Anna Tiemann, Johanna Viedt, Helen Werner, Marlene Pomberg, Ronja Finke, Amani Al-Addous, Simon Matteo Gerhards, Nurcan Akbulut

Zusammenfassung

Das vorliegende Working Paper behandelt das Thema Rassismus und rassismuskritische Handlungsstrategien in der Gesundheitsversorgung. Dieses wurde im Rahmen eines Praxisprojekts von Bachelorstudierenden des Studiengangs „Health Communication“ an der Universität Bielefeld erarbeitet. Das Praxisprojekt hatte das Ziel, den Studierenden eine theoriegeleitete rassismuskritische Reflexionskompetenz zu vermitteln, die sie in der Praxis anwenden können. Dabei lag der Fokus auf der Entwicklung von Ideen für mögliche rassismuskritische Handlungsstrategien, die in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Medizinstudierenden entwickelt wurden. Die Zusammenarbeit mit Medizinstudierenden erfolgte durch die Teilnahme am Online-Journal Club „Antirassismus im Gesundheitswesen“², der von den Medical Students for Antiracist Action (MAA) organisiert wird.

Es wurde ein vielschichtiger Ansatz gewählt, der sich in vier Phasen vollzog: Beginnend mit der Entwicklung einer theoretisch fundierten, rassismuskritischen Analyseperspektive (1. Phase), der Untersuchung ausgewählter Fallbeispiele, die rassistische Erfahrungen in verschiedenen Kontexten des Gesundheitswesens aufzeigen (2. Phase), und schließlich der Entwicklung von antirassistischen Handlungsstrategien basierend auf diesen Analysen (3. und 4. Phase).

Die erarbeiteten Handlungsstrategien³ umfassen verschiedene Aspekte: Sie betonen die Bedeutung von Maßnahmen zur Förderung der rassismuskritischen Bewusstseinsbildung. Dazu gehören präventive und sensibilisierende Maßnahmen, die sich an das Personal und die Führungskräfte im Gesundheitswesen richten. Workshops, Seminare, Fortbildungen und

¹ Das vorliegende Paper erhebt keinen empirischen Anspruch. Es präsentiert die (Diskussions-)Ergebnisse eines interdisziplinären Praxisprojekts, das praxisnahe Ansätze/Ideen zur Bewältigung von Rassismus im Gesundheitswesen aus der Sicht von Studierenden liefert.

² Der monatliche Journal Club wird von den [Medical Students for Antiracist Action MAA](#), einem Projekt der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland (bvmd), angeboten und verfolgt das Ziel, einen kontinuierlichen Austausch mit interessierten Studierenden aus ganz Deutschland und Wissenschaftler*innen zum Thema (Anti-)Rassismus in Medizin und Gesundheitswesen zu ermöglichen. Kontakt: jc_racism_in_medicine@riseup.net

³ Die Evidenzprüfung der erarbeiteten Handlungsstrategien fiel nicht in den Rahmen des Praxisprojekts, da sie unsere vorgegebenen Kapazitäten übersteigt hätte. Unser Hauptaugenmerk galt der interdisziplinären Ausarbeitung von Ideen für Handlungsstrategien, die wir in diesem Paper zur Diskussion vorstellen.

Kampagnen sind mögliche Methoden, um dieses Bewusstsein zu schärfen. Es wird auch vorgeschlagen, rassismuskritische Inhalte bereits in Ausbildungs-, Studien- und Einarbeitungsphasen einzubeziehen. Zudem wird die Wichtigkeit hervorgehoben, Rassismuserfahrungen von betroffenen Personen artikulierbar und sichtbar zu machen. Für diese Zwecke könnten spezielle Räume oder Beschwerdestellen eingerichtet werden, die es ermöglichen, solche Erfahrungen zu kommunizieren und angemessene Lösungen zu entwickeln. Weiterhin wird der Einsatz von Rassismusbeauftragten als eine essenzielle Rolle im Aufbau von antirassistischen Strukturen betont. Diese Personen sollten über spezifische Analyse- und Lösungskompetenzen in Bezug auf Rassismus und Machtstrukturen verfügen. Schließlich wird die Implementierung und Durchsetzung von Richtlinien zur Bekämpfung von Rassismus als eine notwendige institutionelle Maßnahme hervorgehoben. Es wird empfohlen, dass es entscheidend ist, jedem Hinweis auf Rassismus nachzugehen, um ein Vertrauensklima zu schaffen und sicherzustellen, dass rassistische Vorfälle angemessen behandelt und thematisiert werden. Eine Verschärfung der Antidiskriminierungsgesetze und deren Erweiterung um den Aspekt Rassismus, sowie eine Stärkung der Rolle von Antidiskriminierungs- und Rassismusbeauftragten auf gesetzlicher Ebene, werden ebenfalls vorgeschlagen.

1 Einführung

Rassismus ist ein weitreichendes soziales Phänomen und wirkt in vielen Bereichen unserer Gesellschaft. Besonders relevant sind die Auswirkungen von Rassismus in der Gesundheitsversorgung. Um dieses Thema zu behandeln, entstand im Rahmen eines interdisziplinären Praxisprojekts eine Zusammenarbeit zwischen Studierenden des Studiengangs „Health Communication“ an der Universität Bielefeld und Teilnehmer*innen des Online-Journal Clubs „Antirassismus im Gesundheitswesen“. Dieser wird von den Medical Students for Antiracist Action (MAA) organisiert und richtet sich an Medizinstudierende sowie alle anderen Personen, die an den Themen Rassismus und Antirassismus im Gesundheitskontext interessiert sind (Bhattacharya et al. 2021).

Das Ziel dieser interdisziplinären Kooperation war es, durch einen theoretischen Ansatz ein rassismuskritisches Verständnis zu erlangen und darauf aufbauend praktische Handlungsempfehlungen zu entwickeln. In Bezug auf Rassismuskritik adressierte es damit Lernziele und -Bedarfe des Medizinstudiums (Gerhards et al. 2023). Das Praxisprojekt gliederte sich in vier Phasen: In der ersten Phase wurde eine theoretisch fundierte rassismuskritische Analyseperspektive erarbeitet. Darauf aufbauend wurden in der zweiten Phase Fallbeispiele untersucht. In der dritten Phase folgte die Entwicklung von rassismuskritischen Handlungsstrategien, die in der vierten Phase mit Medizinstudierenden diskutiert und weiterentwickelt wurden.

Das vorliegende Paper präsentiert die zentralen Inhalte und Ergebnisse in fünf aufeinander aufbauenden Hauptkapiteln. Nach einer einführenden Darstellung (Kapitel 1) widmet sich das zweite Kapitel theoretischen Grundlagen zum Thema Rassismus, um eine rassismuskritische

Analyseperspektive zu entwickeln: „Migrationspädagogik- Einführung in eine Perspektive“ von Paul Mecheril (2004) (Kapitel 2.1), „Bedeutungskonstitution und der Begriff des Rassismus“ von Robert Miles (2000) (Kapitel 2.2) und „Rassismus als ideologischer Diskurs“ von Stuart Hall (2000) (Kapitel 2.3). Im dritten Kapitel wird diese Perspektive auf drei ausgewählte Praxisbeispiele aus dem Gesundheitsbereich angewandt, die als Beispiele für verschiedene Ebenen von Rassismus behandelt wurden. Das erste Praxisbeispiel betrachtet aus rassismuskritischer Sicht „Erfahrungen einer Mitarbeiterin im Gesundheitswesen“ (Kapitel 3.1), das zweite Praxisbeispiel untersucht „Erfahrungen einer Patientin“ (Kapitel 3.2) und das dritte Praxisbeispiel thematisiert die „Zimmeraufteilung auf der Geburtenstation“ (Kapitel 3.3). Im vierten Kapitel, das auf den analysierten Praxisbeispielen aufbaut, werden Ideen für mögliche rassismuskritische Handlungsstrategien vorgestellt.

Im abschließenden fünften Kapitel erfolgt eine Reflexion des interdisziplinären Austauschs und es wird auf zentrale Diskussionsergebnisse eingegangen.

2 Theoretischer Zugang

Rassismus ist ein komplexes „soziales Problem“ (Weiß, 2013, S. 23), welches vor allem in der Definition dessen zu Diskussionen unter Wissenschaftler*innen führt (Weiß, 2013, S. 23). Um ein Verständnis von Rassismus zu erlangen, bezieht sich der vorliegende Artikel auf drei grundlegende Texte⁴ zum Thema, die in den nachfolgenden Kapiteln vorgestellt werden.

2.1 Paul Mecheril – „Einführung in die Migrationspädagogik“

Mecheril (2004) gibt in „Einführung in die Migrationspädagogik“ einen Überblick über die charakteristischen Merkmale des Rassismus und entwickelt basierend darauf wesentliche Kennzeichen einer rassismuskritischen Perspektive. Mecheril beschreibt Rassismus als eine binäre Unterscheidungspraxis, die eine Unterscheidung zwischen einem „Wir“ und „Nicht-Wir“ erzeugt (S. 187). Diese bewirkt eine hierarchische Einteilung von Menschen in höher- und minderwertige „Rassen“ und erzeugt ein Dominanz- und Machtverhältnis zwischen den unterschiedenen Gruppen (S. 188 ff.) „Rassismus ist also ein System der Benachteiligung und Degradierung durch Unterscheidung.“ (S. 187) Das Bedeutsam-Machen von Differenz ist essenziell für den Rassismus. Folglich erzeugt Rassismus bedeutsame Differenzen zwischen Gruppen und bewertet diese (S. 194). Die Konstruktion einer Nicht-Wir-Gruppe prägt das Selbstverständnis der Wir-Gruppe (S. 187).

Die Hervorbringung von „Rassen“ versteht Mecheril als diskursives Konstrukt (S. 188), d.h. „Rassen“ stellen keine naturgegebene Realität dar. Er erklärt, dass neben körperlichen Merkmalen (z.B. Hautfarbe) auch kulturelle Merkmale (z.B. religiöse Symbole) existieren, die rassistische Unterscheidungen legitimieren, und verweist auf den von Etienne Balibar geprägten Ausdruck des „Kultur-Rassismus“ (S. 191). Der Kultur-Rassismus operiert mit der Unterscheidung von Kulturen, die ähnlich wie „Rassen“ als statische und unveränderliche

⁴ Unser Hauptaugenmerk liegt auf der theoretischen Einordnung des Rassismusbegriffs. Aufgrund des begrenzten Rahmens dieser Arbeit wurde eine historische Betrachtung nicht in Erwägung gezogen.

Größen konstruiert sind (S. 192). Kulturell-ethnische Unterscheidungskategorien sind nach Ansicht von Mecheril gesellschaftlich anerkannt und anschlussfähig, von denen Individuen Gebrauch machen, um Ungleichbehandlungen zu legitimieren (S. 190).

Abschließend und auf Grundlage einer kritischen Reflexion *antirassistischer* Ansätze definiert Mecheril folgende Merkmale einer *rassismuskritischen* Perspektive, die er für notwendig erachtet, um Rassismus in umfassenderer Weise entgegenzutreten:

- „Mehr (Verteilungs-) Gerechtigkeit“: Damit ist die Förderung einer gerechten Verteilung von Ressourcen und Chancen in der Gesellschaft gemeint.
- „Antirassistische Performanz“: Dies impliziert eine aktive Beteiligung an antirassistischen Praktiken und Verhaltensweisen, um Rassismus entgegenzuwirken.
- „Vermittlung von Wissen über Rassismus“: Hierbei geht es um die Vermittlung von historischem Wissen über rassistische Strukturen sowie die Aufklärung über fortbestehende Mechanismen und Auswirkungen von Rassismus.
- „Thematisierung von Zugehörigkeitserfahrungen“: Dies betrifft die Auseinandersetzung mit Erfahrungen von Zugehörigkeit und Nicht-Zugehörigkeit im Kontext von Rassismus.
- „Reflexion rassistischer Zuschreibungsmuster“: Gemeint ist eine kritische Reflexion von Zuschreibungen, die auf rassistischen Vorstellungen basieren.
- „Dekonstruktion binärer Schemata“: Dies bezieht sich auf das Hinterfragen von dichotomen Denkmustern, die Menschen in vereinfachenden Kategorien einteilen, um ein differenziertes Verständnis von Vielfalt und Komplexität zu fördern (S. 206 ff.).

2.2 Robert Miles – „Bedeutungskonstitution und der Begriff des Rassismus“

In seinem Text „Bedeutungskonstitution und der Begriff des Rassismus“ definiert Miles (2000) Rassismus, indem er den Schwerpunkt auf den Prozess der Bedeutungskonstitution und Rassenkonstruktion sowie auf seinen ideologischen Gehalt legt.

Bedeutungskonstitution beschreibt Miles als einen Repräsentationsprozess, bei dem bestimmten Objekten und Merkmalen eine Bedeutung verliehen wird, wodurch diese zu bedeutsamen Bedeutungsträgern werden (S. 18). Den Begriff der Rassenkonstruktion hingegen verwendet Miles in einem spezifischeren Sinne. Rassenkonstruktion bezieht sich auf biologische Merkmale und tritt dann ein, wenn imaginierte oder tatsächliche biologische Merkmale zu Bedeutungsträgern gemacht werden (S. 21).

Miles führt aus, dass die Auswahl der Kategorie „Rasse“ das Resultat eines doppelten Selektionsprozesses ist. Aus einer Vielzahl von Merkmalen wird die Hautfarbe zum einen als ein biologisches und zum anderen als ein phänotypisches Merkmal zum „Einteilungskriterium von als „Rasse“ definierten Bevölkerungsgruppen gemacht“ (S. 18). Er erläutert, dass es sich hierbei um keine natürliche, sondern um eine konstruierte Differenz handelt. Infolgedessen stellen „Rassen“ eine gesellschaftlich imaginierte und keine biologische Realität dar (S. 19). Rassenkonstruktion impliziert einen dynamischen Prozess, der sich im Laufe der Zeit durch den Einfluss von politischen, wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen ändern kann. Insofern – so

Miles – lässt sich Rassenkonstruktion nicht auf einen historischen Kontext beschränken, sondern dauert fort (S. 21-22).

Für Miles sind vier zentrale Merkmale für rassistische Ideologien ausschlaggebend:

1. Miles definiert Rassismus über seinen ideologischen Gehalt und argumentiert, dass Rassismus einen Prozess der Rassenkonstruktion voraussetzt (S. 24). Rassismus funktioniert als Ideologie der Ein- und Ausgrenzung durch die Konstruktion des Selbst und Anderen und verwendet dabei gezielt negative Elemente (S. 24).
2. Rassismus kann sich in Form einer „kohärenten Theorie“ (S. 24) oder „weniger kohärente[n] Ansammlung von Stereotypen, Bildern, Zuschreibungen und Erklärungen“ (S. 24) äußern.
3. Rassismus ist sinnerzeugend und besitzt eine praktische Äquivalenz, d.h. er liefert kausale und konsistente Erklärungsmuster und entsprechende rassistische Strategien oder Maßnahmen für beobachtete Probleme in der Gesellschaft (S. 25).
4. Rassismus ist historisch spezifisch und unterliegt nach Ansicht von Miles historischen Veränderungen, d.h. der ideologische Gehalt von Rassismus ist kontextabhängig und dementsprechend variabel in Bezug auf die rassifizierte Gruppe, rassistischen Bedeutungsträgern sowie den zugeschriebenen Eigenschaften (S. 27).

2.3 Stuart Hall – „Rassismus als ideologischer Diskurs“

Hall (2004) leitet seinen Text „Rassismus als ideologischer Diskurs“ mit der Aussage ein, dass es keinen biologisch begründeten Rassismus gibt. Rassismus stellt vielmehr eine soziale Praxis dar, welche phänotypische Merkmale als Rechtfertigung der Kategorisierung und Klassifizierung nutzt (S. 7). Es werden heutzutage allerdings nicht mehr nur phänotypische, sondern auch kulturelle Merkmale genutzt, um rassistische Diskriminierung voranzutreiben (S.11). Mittels des Beispiels des Kapitalismus erläutert Hall die gegenwärtigen Dimensionen, die Rassismus in der Gesellschaft einnimmt. Dabei fundiert der Kapitalismus auf Macht, welche Ausbeutung und Ausschließung bestimmter ethnischer Gruppen zur Folge hat (S.10). Hierbei verweist er auf die Spezifität des Rassismus welcher nach Epoche, Kultur oder Gesellschaft unterschieden werden muss (S. 11).

Das "rassistische Klassifikationssystem" (S. 7), äußert sich durch soziale Strukturen und hat die Funktion Ausgrenzung, Diskriminierung und Unterdrückung voranzutreiben; in materieller als auch symbolischer Hinsicht (S. 7, 11 f.). Rassismus sei aus Halls Sicht nicht natürlich gegeben, sondern stelle eine konstruierte Praxis dar, welche durch eine scheinbar natürliche Ordnung, legitimiert werden soll (S. 8). Rassismus zeichnet sich durch die Verknüpfung von Bedeutung und Macht aus, welche den ideologischen Gehalt des Rassismus konstituiert. Demzufolge entsteht Rassismus in „rassistischen Diskursen“ (S. 8), die Hall – angelehnt an Foucaults Diskursbegriff – als "Ausschließungspraxen" begreift (S. 7, S. 11 f.). Den Kern des Rassismus, bzw. des rassistischen Diskurses, bildet die „binäre Spaltung“ (S.14). Hierbei werden Differenzen zwischen Gruppen konstruiert. Den Gruppen werden dichotome Eigenschaften

zugeschrieben, wodurch (Nicht-)Zugehörigkeit produziert wird; dieser Prozess spielt sich auf der Ebene der Bedeutung(-sproduktion) ab und lässt sich als Othering-Prozess beschreiben. Unter Othering wird eine Aufteilung von „Wir“ und „die Anderen“ verstanden. Durch Stereotypisierungen und Vorurteile wird eine Grenze zu einer Gruppe von Menschen gezogen, welche diese zu den „Anderen“ macht, welche nicht-zugehörig sind. Die „Wir“ Gruppe verfolgt das Ziel, sich selbst und die eigene Gruppe als übergeordnet sowie mächtiger anzusehen und darzustellen. Kritisch am Othering-Prozess ist die Naturalisierung von Gruppen, was zu einer Ent-Individualisierung der ausgeschlossenen „Anderen“ führt. Hall beschreibt den rassistischen Diskurs als machtvoll und dynamisch, der eine hierarchische Ordnung von Identitäten hervorbringt (S. 15-16). Dabei stellt Hall heraus, dass Rassismus in allen Gesellschaftsschichten und somit auch in der eigenen Gesellschaftsgruppe besteht. Dies erläutert er an dem Beispiel der wohlhabenden und armen Gesellschaftsschichten einer Gruppe (S.11).

Halls (2000) Überlegungen zu Rassismus können als richtungsweisend für den akademischen Rassismuskurs betrachtet werden. Sowohl Mecheril (2004) (siehe Kapitel 2.1) als auch Miles (2000) (siehe Kapitel 2.2) greifen in ihrer Definition des Rassismus auf Überlegungen von Hall (2000) zurück. Ähnlich wie Hall, sehen Miles und Mecheril die binäre Spaltung (Othering) in Gruppen als Kernprozess des Rassismus (Miles, 2000, S. 18; Mecheril, 2004, S. 187). Einigkeit besteht auch darin, dass der Rassismus ein Produkt der Kolonialzeit ist und in der nachkolonialen Zeit in Form eines kulturellen Rassismus fortbesteht. Miles und Mecheril schließen sich Halls Ansicht an, dass Rassismus mit Macht und Wissen einhergeht und dadurch rassistische Ideologien konstituiert (Miles, 2000, S. 18; Mecheril, 2004, S. 188). Auf dieser Wissenssebene funktioniert der Rassismus mittels Naturalisierung, welche soziale – durch rassistische Diskriminierung und Ausschließung hervorgebrachte – Ungleichheiten als natürlich gegeben darstellt (Miles, 2000, S. 20; Mecheril, 2004, S. 187 f.). Hierbei sind sich die Autoren aber einig, dass Rassismus ein gesellschaftliches Konstrukt und keine natürliche Ordnung darstellt (Miles, 2000, S. 19; Mecheril, 2004, S. 188).

3 Praxisbeispiele

3.1 Praxisbeispiel 1 – Erfahrungen einer Mitarbeiterin des Gesundheitswesens

In diesem Beispiel werden rassistische Erfahrungen einer Mitarbeiterin des Gesundheitswesens beschrieben (M'Bayo & Narimani 2021). Eine Pflegefachkraft schildert ihre Rassismuserfahrungen aus ihrem beruflichen Alltag während ihrer Ausbildung an einem deutschen Krankenhaus, die sich aus ihrer Perspektive im Zusammenhang mit ihrer Hautfarbe abgespielt haben. Es handelt sich um einen persönlichen Bericht, in dem insbesondere die Gefühlslage der Mitarbeiterin genau dargestellt wird: Schmerz, Ekelgefühle, Ausbildungszweifel und Demütigungen sind dabei zentrale Schwerpunkte.

Die Mitarbeiterin berichtet von zahlreichen rassistischen Erfahrungen, die sie aufgrund ihrer „äußeren“ Merkmale gemacht hat. So wurde sie beispielsweise häufig zu ihren Haarzöpfen befragt. Anfangs reagierte sie darauf herzlich, da sie diese Fragen mit einem Interesse an ihrer Person in Verbindung brachte. Da es sich jedoch nicht nur um einzelne, sondern ständige

Bemerkungen handelte, begann die Mitarbeiterin diesen Fragen aus dem Weg zu gehen und nur noch knapp zu antworten. Auch wurde sie in einer Situation dazu angehalten, das Zimmer einer Patientin nicht zu betreten, da deren Tochter in einem afrikanischen Land vergewaltigt worden war. In einer weiteren Situation wurde sie anders behandelt als ihre Kolleg*innen und auf eine Station geschickt, auf der es unangenehm roch. Eine Kollegin forderte sie auf, Deo zu benutzen aufgrund des Gestanks. Dies führte dazu, dass die Mitarbeiterin auf die Toilette rannte und sich einschloss. Ausbildungszweifel gingen ihr durch den Kopf, jedoch entschied sie sich dafür, ihre Ausbildung zu beenden.

Aus der in Kapitel 2 entwickelten rassismuskritischen Perspektive lassen sich in den geschilderten Erfahrungen mehrere Aspekte identifizieren, die Rassismus aufzeigen:

Die wiederholten Fragen zu den Haarzöpfen der Mitarbeiterin können als Mikroaggressionen betrachtet werden, da sie auf einer subtilen Ebene rassistische Stereotype und Vorurteile offenbaren (vgl. Sue et al. 2019). Auch wenn diese Fragen möglicherweise zunächst als harmlos erscheinen, tragen sie zur Ausgrenzung und Stigmatisierung bei, indem sie die Betroffene auf ihre äußeren Merkmale und eine zugeschriebene ethnische Zugehörigkeit reduzieren. Die Aufforderung, das Zimmer der Patientin nicht zu betreten, ist ebenfalls ein Beispiel für Stereotypisierung. Hier wird die Betroffene aufgrund ihres Aussehens und ihrer vermeintlichen Gruppenzugehörigkeit mit einem traumatischen Ereignis in Verbindung gebracht, das nichts mit ihr als Individuum zu tun hat. Dies ist eine Form von Rassismus, die die Betroffene entmenslicht und diskriminiert. Auch die Aufforderung, Deo zu benutzen, um den Gestank auf der Station zu überdecken, zeigt, wie Schwarze Menschen aufgrund von Stereotypen als „unrein“ und „unhygienisch“ wahrgenommen werden.

Die Konsequenzen dieser rassistischen Handlungen sind gravierend, da sie zu einem Gefühl der Unterlegenheit und der Ausgrenzung führen und die psychische Gesundheit von Betroffenen beeinträchtigen können. Die Ausbildungszweifel, die der Mitarbeiterin durch den Kopf gehen, zeigen, wie Rassismus das Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl von Personen beeinträchtigen kann. Die Summe aller Verletzungen führt schließlich dazu, dass die ausgebildete Pflegefachkraft keine Motivation mehr hat, ihren Beruf auszuüben.

3.2 Praxisbeispiel 2 – Erfahrungen einer Patientin

Bei dem zweiten Praxisbeispiel handelt es sich um einen persönlichen Erfahrungsbericht einer Patientin im Zusammenhang mit einer Geburt und der Inanspruchnahme zweier Mutter-Kind-Kuren, welcher von der Patientin selbst verfasst wurde. Aus diesem Grund und zur Wahrung des Datenschutzes bleibt die Quelle anonym. Bei der Patientin handelt es sich um eine Frau, welche ein Kopftuch trägt und einen muslimisch gelesenen Nachnamen hat.

In der ersten beschreibenden Situation erlebt die Patientin im Kreißsaal eines Krankenhauses im Berliner Stadtteil Kreuzberg, dass sie sowohl bei der Aufnahme in das Krankenhaus als auch nach jedem Personalwechsel zunächst gefragt wurde, ob sie Deutsch spreche. Am Folgetag nach der Entbindung war die Patientin durch starke Schmerzen in der Beckenregion nicht in der Lage aufzustehen. Trotz der Kommunikation ihrer Schmerzen zu den Pflegekräften musste die Patientin auf deren Anweisung hin eine Runde durch das Zimmer gehen. Eine Woche nach der Entbindung verlor die Patientin aufgrund eines Blutsturzes zwei Liter Blut. Nach Eintreffen

im Krankenhaus musste sie selbstständig von der Liege auf einen Untersuchungsstuhl wechseln, dabei tropfte Blut auf den Boden. Bevor die Versorgung und Untersuchung begannen, hat die behandelnde Ärztin zunächst das Blut vom Boden aufgewischt.

Im weiteren Verlauf schildert die Patientin zwei Situationen im Rahmen einer Mutter-Kind-Kur. Zunächst wurde sie bei einem dort stattfindenden Gesprächskreis von dem behandelnden Therapeuten übersprungen und auf Nachfragen ihrerseits, warum sie nicht auch die reflexiven Erziehungsfragen beantworten sollte, meinte der Therapeut, dass er davon ausginge, sie wolle nichts sagen. Dabei kann festgehalten werden, dass die Patientin unter allen Teilnehmenden die einzige Person mit einem Kopftuch war. Weitergehend schildert die Patientin eine Situation im Zusammenhang mit dem Eintritt in einer Therme in einem Ganzkörperbadeanzug während einer weiteren Kur. Dort waren bei dem Aufenthalt grundsätzlich zwei Freikarten für den Besuch einer Therme inklusive, für Menschen mit einem Ganzkörperbadeanzug ist der Eintritt in die Therme zu den regulären Öffnungszeiten jedoch nicht vorgesehen gewesen, sodass die Patientin die Freikarten wieder zurückgeben musste.

Die von der Patientin beschriebenen Situationen zeigen verschiedene rassismusproduzierende Handlungen, Aussagen und Strukturen auf. Zum einen ist es zu mehrmaligen Nachfragen nach den Deutschkenntnissen gekommen, sowie zu einem Zwang zur Durchführung von Bewegungsabläufen trotz Schmerzen nach der Entbindung. Die Erlebnisse der Patientin zeigen die Wichtigkeit der Kommunikation während einer Behandlung und wird in der Behandlungssituation nach dem Blutsturz deutlich. Die Ärztin säubert zunächst den Boden, bevor sie sich um die Patientin kümmert. Auch zeigen die Handlungen, Aussagen und Strukturen, dass eine sichtbare (gemachte) Differenz wie das Tragen eines Kopftuches oder eines Ganzkörperbadeanzuges zu einem Ausschluss von einzelnen Personen führen kann.

Unter Zugrundelegung des in Kapitel 2 erarbeiteten Rassismusverständnisses führen in diesem Praxisbeispiel, ähnlich wie im ersten Fallbeispiel, insbesondere Merkmalszuschreibungen und Stigmatisierungen zu rassistischer Diskriminierung. Aufgrund von Zuordnung in Kategorien, kommt es zu Benachteiligungen. In dem beschriebenen Beispiel wird deutlich wie bei Personen mit einem oder mehreren spezifischen Merkmalen (hier: das Tragen eines Kopftuches in Verbindung mit einem muslimisch gelesenen Nachnamen) angenommen wird, dass diese Person kein Deutsch spreche und beispielsweise bei einem Gespräch zur Erziehung nichts beizutragen hätte. Auch werden die empfundenen Schmerzen nach einer Entbindung ignoriert und die Patientin muss trotzdem die schmerzhaften Bewegungen durchführen. Dass Schmerzen bei rassifizierten Frauen ignoriert werden, liegt oft daran, dass ihnen unterstellt wird, sie hätten ein abweichendes verringertes Schmerzempfinden oder wären überempfindlich (Hoffman et al., 2016). Dies führt häufig zu Fehldiagnosen oder dazu, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen werden oder sogar dazu, dass ihnen Schmerzmittel in geringeren Mengen verabreicht oder gänzlich verweigert werden (ebd.). Die untersagte Nutzung einer Therme in einem Ganzkörperbadeanzug lässt sich ebenfalls als rassifizierende Handlung identifizieren, die mit antimuslimischen Zuschreibungen einhergeht. Der rassifizierende Charakter dieser Maßnahme liegt in der Annahme begründet, deutsch-gelesene Besucher*innen könnten sich belästigt oder bedroht fühlen. Diese Situation verdeutlicht zudem, dass der Ganzkörperbadeanzug als normabweichendes Merkmal gesehen wird,

welches die Ausgrenzung muslimischer Frauen aus öffentlichen Badeanstalten legitimiert – oder ihnen bestenfalls einen deprivilegierten Zugang (in diesem Fall außerhalb der regulären Öffnungszeiten) gewährt. Dies geschieht mit weitreichenden gesundheitlichen Konsequenzen, ohne einen Skandal hervorzurufen. Typischerweise erscheint hier nicht der Ausschluss, sondern die Präsenz muslimischer Frauen in der Öffentlichkeit als skandalös, wodurch der Ausschluss paradoxerweise eine Normalisierung erfährt.

Aus den rassistischen Handlungsweisen und Strukturen können verschiedene Konsequenzen wie die Reduzierung von Teilhabe entstehen, welche eine gesundheitsrelevante Auswirkung haben kann. Zum einen können Ängste und andere negative Einstellungen in Bezug auf Krankenhausaufenthalte und ärztliche Behandlungen im Allgemeinen entstehen, auch können die beschriebenen Erlebnisse unter Umständen zu Ängsten vor weiteren Geburten und dem damit verbundenen Kontakt zum Gesundheitswesen führen. Zum anderen kann eine eingeschränkte gesellschaftliche Teilhabe, verursacht durch systematischen Ausschluss oder negative Erfahrungen während der Kuren, zu einer Reduzierung der Inanspruchnahme von entsprechenden gesundheitsförderlichen Maßnahmen führen.

3.3 Praxisbeispiel 3 – Zimmeraufteilung auf der Geburtsstation

Im folgenden Kapitel wird das Praxisbeispiel „Zimmeraufteilung auf der Geburtsstation“, das von Wagner (2017, S. 25 ff.) in der Studie „Öffentliche Institutionen als weiße Räume? Rassismusreproduktion durch ethnisierende Kategorisierungen in einem schweizerischen Sozialamt“ beobachtet wurde, beschrieben. Es handelt von einer Geburtsstation in der Schweiz, auf der die beiden verfügbaren Flüre größtenteils nach vermutetem Migrationshintergrund der Patient*innen belegt werden. Schon in der Vorplanung werden Patient*innen mit „nicht-deutsch“ klingendem Namen auf dem linken Flur, Patient*innen mit „deutsch“ klingendem Namen auf dem rechten Flur eingeplant. Die personelle Besetzung erfolgt ebenfalls mehrheitlich nach zugeschriebenem Migrationshintergrund und zugeschriebenen Sprachkenntnissen. Dabei ist das Arbeiten auf dem rechten Flur unter der Belegschaft beliebter. Die Ausstattung und Anordnung der beiden Flüre unterscheiden sich dabei deutlich voneinander, was bei Mitarbeiter*innen, die primär auf einem Flur eingesetzt werden, zu Schwierigkeiten führt, wenn sie auf dem anderen Flur arbeiten.

Die Aufteilung der Patient*innen wird unter anderem damit begründet, dass der rechte Flur als Komfortbereich gilt. Die Annahme lautet, dass nicht-deutschsprachige Patient*innen ein andersartiges Temperament haben als deutschsprachige Patient*innen und somit unruhiger seien (Wagner 2017, S.25). Zudem soll durch diese Trennung von Patient*innen das eigene Haus im Vergleich zu Konkurrenzhäusern positiv hervorgehoben werden.

Die geschilderte Situation im Praxisbeispiel weist aus rassismuskritischer Perspektive verschiedene problematische Handlungen und Strukturen auf. Zum einen findet eine Abgrenzung (Othering) der Patient*innen anhand von Namen und anderen „deutsch“ bzw. „nicht-deutsch“ gelesenen Merkmalen statt. Die Aufteilung der Patient*innen nach ihren Sprachkenntnissen stellt eine Form der Bedeutungskonstitution dar, die Miles auch als Rassenkonstruktion interpretiert (vgl. Kapitel 2.2). Diese Konstruktion führt zu

Ungleichwertigkeiten und impliziten Zuschreibungen, wodurch Patient*innen in rassifizierte Kategorien eingeteilt werden. Nicht deutschsprachige Patient*innen werden als unruhiger und temperamentvoller dargestellt, wodurch eine Verschmelzung der Kategorien „Migration und nicht-deutschsprachig“ mit dem Merkmal „unruhig und temperamentvoll“ entsteht (Naturalisierung). Darüber hinaus werden bereits in der Vorplanung Sprachkenntnisse und ein Migrationshintergrund allein auf Basis des Nachnamens zugeschrieben. Dies ist diskriminierend, da dadurch Patient*innen nicht gemäß ihren individuellen Bedürfnissen, sondern vielmehr nach ihrer angenommenen Herkunft beurteilt werden.

Auch die Aufteilung der Mitarbeitenden basierend auf angenommenem Migrationshintergrund und zugeschriebenen Sprachkenntnissen ist problematisch, da adäquate Kriterien wie fachliche Fähigkeiten und Qualifikationen nicht ausschlaggebend sind, wodurch es zu Diskriminierung und Benachteiligung kommt. Zudem kann eine Einteilung der Mitarbeitenden nach Sprachkenntnissen nur zielführend sein, wenn eine echte Verbesserung der Patient*innenkommunikation erreicht wird. Da die Zuordnung allerdings nach ungenauen Kriterien wie vermuteten Zuschreibungen anhand des Namens geschieht, ist dies nicht der Fall. Diese Handlungen und Strukturen haben erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung der betroffenen Patient*innen. Die Hierarchisierung zwischen den Fluren kann zu einer ungleichen Versorgung und Behandlung führen, da der Status des rechten Flurs als Komfortbereich eine hochwertigere Versorgungsumgebung und folglich eine bessere Versorgung impliziert. Außerdem kann die höhere Beliebtheit der Mitarbeitenden, auf dem rechten Flur zu arbeiten zu einer hochwertigen Versorgung führen, während der Einsatz auf dem weniger beliebten linken Flur aufgrund von fehlender Motivation zu Versorgungsfehlern und schlechterer Versorgungsqualität führen kann. Die seltene Rotation der Mitarbeitenden zwischen den Fluren birgt Gefahren bei Einsätzen auf dem jeweils anderen Flur, da es möglicherweise Probleme durch fehlendes Wissen über ungleiche Sortierung von Medikamenten und Materialien oder über Prozessabläufe geben kann.

Schließlich weist die rassistische Trennung von Patient*innen, um das eigene Haus im Vergleich zu Konkurrenzhäusern positiv hervorzuheben, auf ein Geschäftsmodell hin, das auf Kosten der Gleichbehandlung und Inklusion aller Patient*innen geht. Dies steht im Widerspruch zu einer rassismuskritischen und inklusiven Haltung.

4 Rassismuskritische Handlungsstrategien

Für die Entwicklung und Ableitung von rassismuskritischen Handlungsempfehlungen können zunächst grundsätzlich zwei unterschiedliche Präventions- bzw. Interventionsbereiche definiert und voneinander getrennt betrachtet werden. Hierbei können aus der Prävention und Gesundheitsförderung die Begriffe der Verhaltens- und der Verhältnisintervention abgeleitet und unterschieden werden. Zu den Verhaltenskonzepten zählen Handlungsempfehlungen, welche direkt bei dem Individuum ansetzen. Verhältniskonzepte hingegen beinhalten Empfehlungen, die Regelungen schaffen, um die Rahmenbedingungen zu verändern und dort zu intervenieren (GKV-Spitzenverband 2022). In Ableitung dieser Definitionen auf das Thema des Projekts – der Entwicklung rassismuskritischer Handlungsstrategien – zielen

Verhaltensinterventionen darauf ab, diskriminierendes Verhalten von einzelnen Personen zu unterbinden. Verhältnisinterventionen blicken dabei eher auf die kritische Auseinandersetzung mit strukturellem und institutionellem Rassismus.

Allgemeingültige Handlungsempfehlungen, die orientierend an den drei Praxisbeispielen erarbeitet wurden, (1) sind rassismuskritische Sensibilisierung (interpersonelle Ebene), (2) die Möglichkeit, Rassismuserfahrungen anzusprechen (individuelle und institutionelle Ebene), (3) Einsatz von Rassismusbeauftragten (institutionelle Ebene) und (4) Implementierung und Umsetzung von Richtlinien zur Bekämpfung von Rassismus (institutionelle und strukturelle Ebene).

1. Eine übergreifende Handlungsstrategie sind Maßnahmen zur rassismuskritischen Bewusstseinsbildung. Diese sollen einen präventiven Fokus haben und sowohl Mitarbeitende als auch Führungskräfte im Gesundheitswesen adressieren. Maßnahmen zur Sensibilisierung für rassismuskritisches Verhalten nehmen eine wichtige Funktion bei der Reduzierung von Alltagsrassismus und strukturellem Rassismus ein (Aikins et al., 2021; Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2015). Möglichkeiten, eine gesteigerte Sensibilisierung zu erreichen, bieten beispielsweise Workshops, Seminare, Weiterbildungen und interne oder öffentliche Kampagnen. Zudem sollten bereits in Ausbildungs-, Studien- und Einarbeitungsphasen rassismuskritische Inhalte vermittelt werden (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2015). So kann auch von neuen Mitarbeitenden, Auszubildenden und Studierenden eine möglichst frühe rassismuskritische Grundhaltung entwickelt und eine solche Unternehmenskultur etabliert werden.
2. Eine weitere Handlungsstrategie ist das gezielte Ansprechen von Rassismuserfahrungen durch betroffene Personen. Hierzu können Plattformen oder Beschwerdestellen zur anonymen oder persönlichen Kommunikation solcher Erfahrungen eingerichtet werden. Beschwerden können dann entsprechend bearbeitet und Lösungen dazu entwickelt werden.
3. Der Einsatz von Rassismusbeauftragten nimmt eine essenzielle Rolle im Aufbau von antirassistischen Strukturen ein. Die Besetzung der Position einer/s Rassismusbeauftragten kann durch eine externe Instanz oder durch die Weiterbildung bestehender Mitarbeitenden geschehen. Als unabhängige Instanz sollten Rassismusbeauftragte über rassismus- und machtkritische Analyse- und Lösungskompetenzen verfügen, wie z.B. eine bewusste Sensibilisierung über verschiedene Formen von Rassismus und bestehende gesellschaftliche Machtstrukturen. Aufgabe der rassismusbeauftragten Person kann einerseits die Umsetzung rechtlicher Vorgaben sein (Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2015), andererseits können Informationsmaßnahmen und Kommunikationsangebote an dieser Stelle zusammengeführt werden. So kann eine zusammenhängende rassismuskritische Organisationsstrategie erreicht und Vorkommnisse effektiver bearbeitet werden.

4. Die Implementierung und Umsetzung von Richtlinien zur Bekämpfung von Rassismus stellen eine notwendige institutionelle Maßnahme dar. Dabei ist es nicht ausschließlich aufgrund bestehender rechtlicher Vorgaben gegen Rassismus und Diskriminierung am Arbeits- oder Ausbildungsplatz von entscheidender Bedeutung, jedem Hinweis auf Rassismus nachzugehen. Es ist ebenso erforderlich, um ein Vertrauensklima zu schaffen, in dem Betroffene sich sicher fühlen, bestehende Hilfsangebote zu nutzen und Probleme am Arbeits- oder Ausbildungsplatz offen anzusprechen. Dies erfordert nicht nur eine offene, wertschätzende und bestimmte Kommunikation im gesamten Team, sondern auch gegebenenfalls (arbeits-)rechtliche Konsequenzen für Mitarbeitende. Insbesondere die Rechte und Handlungsmöglichkeiten von Auszubildenden und Studierenden, um gegen Diskriminierung vorzugehen, bedürfen einer Ausweitung. Rassistische Vorfälle, die von Patient*innen ausgehen oder gegen sie gerichtet sind, sollten mit gleicher Intensität behandelt und thematisiert werden. Auf gesetzlicher Ebene sollte eine Verschärfung der Antidiskriminierungsgesetze angestrebt und die Rolle von Antidiskriminierungs- bzw. Rassismusbeauftragten gestärkt werden, ähnlich wie es derzeit bei Gleichstellungsbeauftragten der Fall ist.

Die vier vorgestellten Handlungsstrategien wurden aus der Zusammenschau der in Kapitel 3 diskutierten Fallbeispiele abgeleitet und sind kontextunabhängig anwendbar. In den nachfolgenden Unterkapiteln 4.1, 4.2 und 4.3 werden diese vier Maßnahmen auf die Fallbeispiele angewendet.

4.1 Maßnahmen zu Praxisbeispiel 1

In dem in Kapitel 3.1 näher erläuterten Praxisbeispiel könnte eine verbesserte Kommunikation aller beteiligten Akteure dazu beitragen, die von der betroffenen Person beschriebene Entfremdung von der Gesellschaft und ihrem Beruf zu verringern. Der beschriebene Alltagsrassismus in Form von sogenannten Mikroaggressionen, der in zunehmende Ekelgefühle mündete ist institutionell nur schwer einzudämmen. Er kann jedoch unter anderem durch Empowerment der Betroffenen und Community Care teilweise aufgefangen werden (Aikins et al., 2021).

In Situationen wie den im zweiten Teil des Praxisbeispiels beschriebenen arbeitsplatzbezogenen Ereignissen sollten sich Betroffene an Rassismusbeauftragte wenden und/oder derartige Situationen in Teambesprechungen aufarbeiten können. Als mögliche hilfreiche Maßnahme wird eine Verschränkung/Verbesserung der Mitarbeitendenkommunikation und Patient*innen-Mitarbeitenden-Kommunikation empfohlen. Dies könnte gelingen durch Sensibilisierungsmaßnahmen zu rassistischen Verhaltensweisen unter Mitarbeitenden in der Institution. Um diese Sensibilisierung zu erreichen, sollen Workshops und Seminare für alle Mitarbeitenden eingeführt und fachlich qualifiziert supervisiert werden. Ein weiterer Aspekt ist die rassismuskritische und -sensible Führung im Team. Zusammen mit rassismuskritischer Teambildung kann dies das Arbeitsklima verbessern. Auch die Kommunikation sowohl unter den Mitarbeitenden als auch mit

Patient*innen kann durch eine respektvolle Zusammenarbeit optimiert werden. Zusätzlich sollte Wissen um verschiedene Lebensrealitäten und -erfahrungen erweitert werden als Basis für vielfaltsbewusstes Handeln. Hierfür ist allerdings eine deutliche rassismuskritische Ausrichtung und Bekennung der Organisation notwendig, um Betroffenen den Mut zu geben, Ereignisse im Team zu thematisieren und damit ernstgenommen zu werden. Eine rassismuskritische Führung und Kommunikation im Team würde Situationen wie im Praxisbeispiel geschildert, in denen Betroffene sich z.B. aus Selbstschutz vollständig von Arbeitskolleg*innen und letztendlich dem erlernten Beruf abgrenzen, entgegenwirken.

4.2 Maßnahmen zu Praxisbeispiel 2

Das zweite Praxisbeispiel (Kapitel 3.2) beschreibt einen vor allem im Mitarbeitenden-/Patient*innenkontakt problematischen Hergang. Die Patientin berichtet im Verlauf der Geburt ihres Kindes vor allem über Erfahrungen, die als Othering-Erfahrungen (Akbulut & Razum, 2022) beschrieben werden können. Maßnahmen in derartigen Fällen zielen darauf ab, das Wissen zu hinterfragen, das die Patientin auf kulturrassistische Zuschreibungen reduziert, und schließlich dessen Dekonstruktion anzustreben (ebd.).

Die Thematisierung rassistischer Vorurteile in der Schmerzbehandlung migrantisch gelesener Personen und deren Konsequenzen ist von großer Bedeutung. Eine mögliche Strategie dazu ist die Sensibilisierung von Mitarbeiter*innen für Othering-Prozesse in der Gesundheitsversorgung, etwa durch Workshops und Seminare. In diesen Veranstaltungen sollte das Thema Rassismus im Alltag und seine strukturellen Formen, einschließlich der Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung, behandelt werden. Ein besonderes Augenmerk sollte dabei auf kulturelle Zuschreibungen gelegt werden, mit denen Patient*innen konfrontiert sind. Kulturalisierende Tendenzen sind oft als implizites Wissen verankert. Daher müssen implizite Vorurteile von Mitarbeiter*innen thematisiert werden. Schulungen können helfen, eigene kulturelle Vorurteile zu erkennen und zu adressieren, mit dem Ziel, ihre Auswirkungen auf die medizinische Versorgung zu reduzieren (Aikins et al., 2021, S. 140–141). Eine weitere Strategie ist die Förderung des Austausches über rassistische Erfahrungen unter Betroffenen. Dies kann zur Stärkung des Gemeinschaftsgefühls und des Zugehörigkeitsempfindens beitragen, die Anerkennung individueller Erfahrungen ermöglichen und die Bewältigungsstrategien der Einzelnen unterstützen, indem Wissen transferiert und eigene Positionen reflektiert werden. Außerdem kann es dazu dienen, effektive Gegenstrategien und Selbstschutzmechanismen zu entwickeln. Hierfür ist die Einrichtung geschützter sozialer Räume (safe[r] spaces) zum diskriminierungsfreien Austausch unumgänglich (Diop et al., 2021). Die Aufarbeitung solcher Fälle kann in Workshops, Seminaren oder Infoveranstaltungen erfolgen.

Eine konkrete Maßnahme der Artikulation von Patient*innenbedürfnissen gegenüber Institutionen könnte die Einrichtung von Beschwerdestellen sein (z.B. in Rehabilitationseinrichtungen). Diese Stellen könnten Beschwerden dokumentieren. Die Fälle aus der eigenen Einrichtung könnten dann kritisch auf Rassismus und Diskriminierung durch die Rassismusbeauftragte oder das Qualitätsmanagement hin analysiert werden. Zusätzlich

sollte das Qualitätsmanagement regelmäßig einen verpflichtenden Bericht im Bereich Anti-Diskriminierung vorlegen. Dieser Bericht sollte ausgewertet und in die Planung zukünftiger Strategien einbezogen werden.

4.3 Maßnahmen zu Praxisbeispiel 3

Im letzten Praxisbeispiel (Kapitel 3.3) wird eine Geburtsstation in der Schweiz beschrieben, die Patient*innen basierend auf zugeschriebenen Sprachkenntnissen (deutschsprachig vs. nicht-deutschsprachig) und anderen rassifizierten Merkmalen (Name) auf die Versorgungsbereiche aufteilt. In diesem Fall wird deutlich, dass strukturelle Rassismen im Krankenhaus die Versorgungsqualität stark beeinträchtigen können. Diese Aufteilung hat konkrete Auswirkungen auf die Versorgungsqualität der Patientinnen. Diese institutionellen und von Rassismus geprägten Strukturen sollen durch verschiedene Maßnahmen adressiert werden: Zur Verbesserung der Situation der Geburtsstation wären verschiedene Handlungsstrategien denkbar. Eine Sensibilisierung der Mitarbeitenden bezüglich des strukturellen Rassismus könnte dazu beitragen, das Bewusstsein für das Problem zu schärfen. Hierzu könnten Schulungen, Workshops oder Seminare durchgeführt werden.

Eine kritische Prozessanalyse hinsichtlich der etablierten Strukturen könnte eine Umstrukturierung der Station bewirken. Beispielsweise könnte die Auflösung der (sprach-)homogenen Ausrichtung der Station zu einer Verbesserung der Situation beitragen. Möglichkeiten zur Reduzierung von Sprachbarrieren zwischen Mitarbeitenden und Patient*innen sollten erörtert werden. Dazu ist eine kritische Prozessanalyse z.B. durch das Qualitätsmanagement hinsichtlich Antidiskriminierung mit einem verpflichtenden Bericht nötig. Im nächsten Schritt soll versucht werden, die sprachliche Diversität im Hinblick auf die in der Schweiz bzw. Deutschland vertretenen Migrationssprachen in Gesundheitseinrichtungen zu erhöhen. Im Jahr 2020 wurde bereits festgestellt, dass sprachhomogene Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen vor allem Menschen mit Migrationshintergrund und nicht-deutschen Sprachkenntnissen systematisch benachteiligen (Razum et al. 2020). Auch haben Bermejo et al. (2012) und Schwarz et al. (2015) den Einfluss der Kommunikation zwischen Behandelnden und Patient*innen auf unter anderem die Qualität der Gesundheitsversorgung herausgestellt. Die sprachhomogene Aufteilung wurde in dem dritten Praxisbeispiel vordergründig durchgeführt, um Patient*innen vermeintlich optimal zu versorgen und die Sprachbarrieren durch die Betreuung von Pflegekräften mit entsprechenden Sprachkenntnissen zu überwinden. Eine daraus resultierende mögliche Verhältnisintervention in Anlehnung an die Forderung nach Kommunikationshilfen, wie sie auch von Aikins et. al. (2021) im Afrozensus gefordert werden, ist eine flächendeckende Etablierung von Übersetzungsprogrammen im klinischen Alltag. Diese setzt vor allem bei der Unterbindung von institutionellem Rassismus an. Übersetzungsprogramme, beispielsweise in Form von Apps auf mobilen Endgeräten wie Smartphones und ähnlichem, die Gesprochenes oder Geschriebenes übersetzen und anschließend in Ton und Schrift wiedergeben, können dazu beitragen, Sprachbarrieren ohne großen Aufwand zu reduzieren. Auch wenn Übersetzungsprogramme nicht die Ursachen von Rassismus bekämpfen, können sie dennoch seine Auswirkungen

mildern. Durch den Einsatz von technischen Übersetzungshilfen kann die Sprachhomogenität der betreffenden Institutionen verringert werden, die laut der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2016) eine zentrale Zugangsbarriere zum Gesundheitssystem darstellt. Wichtig für den flächendeckenden Einsatz entsprechender Anwendungen ist, dass die Mitarbeitenden in ausreichender Zahl über entsprechende Endgeräte verfügen und in deren Einsatz geschult sind. Neben dem institutionellen Anspruch, eine nicht-diskriminierende und rassismuskritische Versorgung sicherzustellen, sollte deshalb zusätzlich eine Verpflichtung zur Beschaffung entsprechender Endgeräte und zur Durchführung von Schulungen des Personals erfolgen. Dazu sollten beispielsweise die Landesministerien für Gesundheit als zentrale Kontrollorgane in regelmäßigen Abständen die Umsetzungen überprüfen. Für den Übergang empfiehlt es sich entsprechende Informationsmaterialien zu gängigen Behandlungen und Vorgehensweise der jeweiligen sprachlich divers auszuarbeiten und einzusetzen. Diese Aufgaben können entweder durch die beaufsichtigende Behörde zentral erstellt und ausgegeben werden oder alternativ durch die Mitarbeitenden der Abteilungen Marketing oder Presse und Öffentlichkeitsarbeit in der jeweiligen Institution erarbeitet werden. Auch sollten ein hauseigener Dolmetscher*innendienst als weitere Intervention zur Reduzierung von Sprachhomogenität in Betracht gezogen werden.

5 Interdisziplinärer Austausch

Im Rahmen des Praxisprojekts fanden insgesamt drei interdisziplinäre Online-Treffen mit Medizinstudierenden statt. Diese Sitzungen, jeweils am Ende der ersten, zweiten und dritten Phase des Praxisprojekts, wurden moderiert und protokolliert. Zu Beginn der Sitzungen wurden die Zwischenergebnisse des Projekts präsentiert und anschließend in Kleingruppen sowie im Plenum diskutiert. Bei der letzten Sitzung erfolgte eine Evaluierung des interdisziplinären Austausches.

In der Evaluation des hier vorgestellten Projekts wurden sowohl positive Aspekte diskutiert wie z.B. der hilfreiche und gewinnbringende Austausch, als auch Punkte, die optimiert werden können.

Die Studierenden der Medizin und Health Communication betonten, dass die jeweils unterschiedlichen fachlichen Sichtweisen auf die Texte und Praxisbeispiele eine sinnvolle und bereichernde Ergänzung zur ihrer eigenen Perspektive darstellten. Trotz eines gleichbleibenden Fokus beider Perspektiven, trugen die verschiedenen Sichtweisen dazu bei, diverse Facetten in der Thematisierung und Bekämpfung von Rassismus wahrzunehmen. Die Perspektiven der Medizinstudierenden brachten wiederholt einen konkreten Praxisbezug ein und ermöglichten detailliertere Problemanalysen in den Diskussionen. Zudem wurde die konkrete Umsetzbarkeit von Handlungsstrategien besprochen. Die Sichtweise der Studierenden aus dem Studiengang Health Communication hingegen bot eine ganzheitliche Betrachtung des Gesundheitssystems, die auch institutionelle Aspekte einbezog. Zum Beispiel setzten sie sich mit den Herausforderungen der Gesundheitskommunikation in Migrationsgesellschaften auseinander und diskutierten, wie Sprachbarrieren und

unterschiedliche/ungleiche Voraussetzungen die Patient*innenversorgung beeinflussen können. Darüber hinaus hinterfragten sie auch, wie z.B. die Einrichtung von Beschwerdestellen und Gleichstellungsrichtlinien die Kommunikation zwischen Gesundheitsanbietern und Patient*innen beeinflussen und möglicherweise verbessert werden können. Diese Sichtweise erlaubte es, über die individuelle Patient*innenversorgung hinauszudenken und das System als Ganzes zu betrachten. Die regelmäßigen Diskussionen in Kleingruppen und auch im Plenum wurden als produktiv und vielseitig empfunden, da sich im Austausch interessante Ansätze ergaben und Potenziale für Weiterentwicklung aufgetan haben.

Angesichts dieser Beobachtungen zeigt sich die interdisziplinäre Ausrichtung des Projekts als besonders wertvoll. Sie ist insbesondere für die interprofessionelle Zusammenarbeit im Hinblick auf die Entwicklung rassismuskritischer Kompetenzen im Gesundheitskontext von Bedeutung. Ein wesentlicher Schritt hierfür ist die frühzeitige und didaktisch angemessene Integration des Themas Rassismus in Ausbildung und Lehre.

Ein limitierender Faktor des Projekts war der begrenzte zeitliche Rahmen, der eine umfassende Bearbeitung und Evidenzprüfung der entwickelten Handlungsempfehlungen erschwerte. Eine weitere Einschränkung war die unregelmäßige Teilnahme an den Veranstaltungen. Da für die Teilnehmenden des Journal Clubs keine Teilnahmeverbindlichkeit bestand, nahmen teilweise nur wenige Medizinstudierende an den Treffen teil. Grund dafür war vermutlich auch, dass die Teilnahme als zusätzliches Angebot fakultativ war und die hohe Arbeitsbelastung im Medizinstudium wenig Raum für eine vertiefende Auseinandersetzung mit dem Thema Rassismus lässt. So wurde insbesondere die Kleingruppenarbeit erschwert, da optimalerweise in jeder Gruppe mindestens ein*e Studierende*r beider Studiengänge anwesend sein sollte.

Um den Austausch effektiver zu gestalten, könnte vor Beginn der Sitzungen bei den Studierenden nach ihren Erwartungen, Wünschen und Anregungen gefragt werden, um ein vorzeitiges Verlassen des Meetings zu verhindern. Ein weiterer Vorschlag ist, das Thema Rassismus als festen Bestandteil des Studiums zu etablieren und somit mehr Aufmerksamkeit auf die vorliegenden Problematiken zu lenken (Gerhards et al. 2023; Weßel und Gerhards 2023). Zudem könnte man die Interdisziplinarität erhöhen, indem man Interessierte aus anderen Bereichen des Gesundheitssystems hinzuzieht – beispielsweise aus der Pflege, um noch mehr Sichtweisen einzubinden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Rassismus in der Gesundheitsversorgung (berufs-)gruppenübergreifend Einfluss nimmt und besonders die institutionalisierten und routinisierten Praktiken prägt. Diese Erkenntnis unterstreicht die Dringlichkeit der Entwicklung rassismuskritischer Handlungsstrategien sowie die Notwendigkeit, interdisziplinäre Perspektiven zusammenzuführen. Die Kooperation des Journal Clubs der MAA und der Health Communication Studierenden bot durch eine theoretische Einführung, die anschließende Analyse von Praxisbeispielen und intensiven Diskussionen eine gute Plattform zur Auseinandersetzung mit rassismuskritischen Strukturen und Handlungsweisen.

Es wurden allerdings auch Herausforderungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit, vor allem hinsichtlich der Teilnahmeverbindlichkeit, deutlich. Durch entsprechende Anpassungen des Konzepts könnten diese Schwierigkeiten jedoch behoben werden.

Das Praxisprojekt hat deutlich gemacht, dass die Auseinandersetzung mit Rassismus in den Studiengängen der Gesundheitswissenschaften und der Medizin, und vermutlich auch in weiteren gesundheitsrelevanten Ausbildungsberufen, wichtig ist. Zudem wurde deutlich, wie fruchtbar die interdisziplinäre Zusammenarbeit für die Entwicklung einer ganzheitlichen Sichtweise auf das Thema Rassismus und der daraus resultierenden Handlungsstrategien gegen Rassismus ist.

Literaturverzeichnis

- Aikins, M. A.N., Bremberger, T., Aikins, J. K., Gyamerah, D., & Yildirim-Caliman, D. (2021). Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland. Berlin. Online verfügbar unter: www.afrozensus.de
- Akbulut, N., & Razum, O. (2022). Why Othering should be considered in research on health inequalities: Theoretical perspectives and research needs. *SSM Population Health*, 20, 101286. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101286>
- Antidiskriminierungsstelle des Bundes. (2015). Strategien gegen rassistisches Mobbing und Diskriminierung im Betrieb. Berlin
- Bhattacharya, S., Gerhards, S., & Janho, L. (2021). Der Journal Club Antirassismus im Gesundheitswesen. Warum die Medizin diesen blinden Fleck bekämpfen muss. *amatom*, 34, 19-20. https://issuu.com/ippnw/docs/amatom_34_final_ansicht/s/13907551
- Bermejo, I., Hölzel, L. P., Kriston, L. & Härter, M. (2012). Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 55 (8), S. 944–953.
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2016). 11. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration – Teilhabe, Chancengleichheit und Rechtsentwicklung in der Einwanderungsgesellschaft Deutschland. Berlin.
- Diop, M. S., Taylor, C. N., Murillo, S. N., Zeidman, J. A., James, A. K., & Burnett-Bowie, S.-A. M. (2021). This is our lane: Talking with patients about racism. *Women's Midlife Health*, 7(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s40695-021-00066-3>
- Gerhards, S., Schweda, M., & Weßel, M. (2023). Medical students' perspectives on racism in medicine and healthcare in Germany: Identified problems and learning needs for medical education. *GMS Journal for Medical Education*, 40(2), Doc22. <https://doi.org/10.3205/zma001604>
- GKV-Spitzenverband (2022). Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien nach § 20 Abs. 2 SGB V zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 21. Dezember 2022. Berlin.
- Hall, S. (2000). Rassismus als ideologischer Diskurs. In: Nora Rätsel (Hrsg.), *Theorien über Rassismus*. Hamburg: Argument, S. 7-16.

- Hoffman, K. M., Trawalter, S., Axt, J. R., & Oliver, M. N. (2016). Racial bias in pain assessment and treatment recommendations, and false beliefs about biological differences between blacks and whites. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(16), 4296-4301. <https://doi.org/10.1073/pnas.1516047113>
- M'Bayo, R. & Narimani, P. (2021). "Unsere Station bekommt Farbe". Erfahrungen und Überlegungen einer Betroffenen zu rassistischen Handlungsmustern im Gesundheitswesen. *Impulse für Gesundheitsförderung/ Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.* 110. Ausgabe, S. 3-4.
- Mecheril, P. (2004). Einführung in die Migrationspädagogik. Weinheim: Beltz. Kapitel 6, S. 187-212.
- Miles, R. (2000). Bedeutungskonstruktion und der Begriff des Rassismus. In: Nora Rätzkel (Hrsg.), *Theorien über Rassismus*. Hamburg: Argument, S. 17-33.
- Razum O., Akbulut, N. & Bozorgmehr, K. (2020): Diversität und Diskriminierung am Beispiel der Gesundheit und gesundheitlichen Versorgung von Migrant*innen und Geflüchteten. In: Oliver Razum und Petra Kolip (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. 7. Auflage. Weinheim Basel: Beltz Juventa, S. 621–646.
- Schwarz, B., Markin, K., Salman, R. & Gutenbrunner, C. (2015). Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. In: *Rehabilitation* 54 (06), S. 362–368.
- Sue, D. W., Alsaidi, S., Awad, M. N., Glaeser, E., Calle, C. Z., & Mendez, N. (2019). Disarming racial microaggressions: Microintervention strategies for targets, White allies, and bystanders. *American Psychologist*, 74(1), S. 128-142. <https://doi.org/10.1037/amp0000296>
- Wagner, C. (2017). Öffentliche Institutionen als weiße Räume? Rassismusreproduktion durch ethnisierte Kategorisierungen in einem schweizerischen Sozialamt. Bielefeld: transcript Verlag.
- Weßel, M., & Gerhards, S. M. (2023). "Discrimination is always intersectional" - Understanding structural racism and teaching intersectionality in medical education in Germany. *BMC Medical Education*, 23, Article 399. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04386-y>
- Weiß, A. (2013). *Rassismus wider Willen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-93342-9>

Interessenkonflikt: Die Autor*innen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ethik-Erklärung: Für diesen Beitrag wurden von den Autor*innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt.

Korrespondenzadresse:

Nurcan Akbulut
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
AG 3 Epidemiologie & International Public Health
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31, 33501 Bielefeld
E-Mail: nurcan.akbulut@uni-bielefeld.de