

Koloniale Kontinuitäten in der Berliner Medizin und Gesundheitsversorgung

Machtkritische Ansätze zu Dekolonisierung und Antirassismus

Verfasst von **Muna Aikins, Shreyasi Bhattacharya, Mirjam Faissner,
Tanja Gangarova, Awa Naghipour & Robel Abay**



**DECOLONIZE
BERLIN**

**Robel
Abay**

**Muna
Aikins**

**Awa
Naghipour**

**Shreyasi
Bhattacharya**

**Tanja
Gangarova**

**Mirjam
Faissner**

Zitations- vorschlag



Diese Publikation ist Ergebnis eines kollektiven Prozesses. Details zur Entstehung des Zitationsvorschlags und der Autor*innenreihung siehe Abschnitt 1.3 "Dekolonisierung als Praxis: Der Prozess zur Autor*innenschaft – Versuche, tradierte Logiken aufzubrechen" auf S. 9–10.

Aikins, M., Bhattacharya, S., Faissner, M., Gangarova, T., Naghipour, A., & Abay, R. (2025). *Koloniale Kontinuitäten in der Berliner Medizin und Gesundheitsversorgung: Machtkritische Ansätze zu Dekolonisierung und Antirassismus*. Berlin: Decolonize Berlin e.V.: <https://decolonize-berlin.de/de/publikationen>

Zusammenfassung



Das vorliegende Gutachten hat zum Ziel, Anregungen für eine intersektionale und dekoloniale Praxis in der Berliner Medizin und Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Grundlage hierfür ist eine dekoloniale Kritik an historischen und gegenwärtigen kolonial-rassistischen Ordnungen im deutschen Gesundheitswesen. Hierfür werden historische Verflechtungen kolonial-rassistischer Kontinuitäten in der medizinischen Versorgungslandschaft herausgearbeitet und ethische Anforderungen einer gelingenden Dekolonialisierung der Berliner Gesundheitspolitik aufgezeigt. Im Mittelpunkt des Gutachtens steht die These, dass koloniale Kontinuitäten in der deutschen Medizin und Gesundheitsversorgung bis heute fortwirken und sich, anders als in der deutschen Kolonialzeit (1884–1919), eher im Sinne von stiller, struktureller Gewalt zeigen. Diese gewaltvollen Verhältnisse

fungieren heute in Form von subtilen und institutionalisierten Ausschluss- und Legitimationsmechanismen durch rassifizierte und vergeschlechtlichte Dominanzstrukturen. Entsprechend ist es notwendig, eine intersektional orientierte und ethisch verantwortungsvolle dekoloniale Praxis in der Berliner Medizin und Gesundheitsversorgung zu etablieren. Angesichts der Komplexität des Themas verstehen wir unser Gutachten als *work in progress*, welches im Sinne eines kritischen Denk- und Diskursraums zu weiteren Debatten über Möglichkeiten, Herausforderungen und Fallstricke gegenwärtiger Dekolonialisierungsprozesse in der Berliner Medizin und Gesundheitsversorgung einlädt. Zudem fasst ein *Policy Brief* die zentralen Implikationen des Gutachtens in Form von Handlungsempfehlungen für Entscheidungsträger*innen der deutschen Gesundheitspolitik zusammen.

Kolonialitäten

Othering

Rassismus

Intersektionalität

Ethik in der Medizin

Public Health

Gesundheitsversorgung

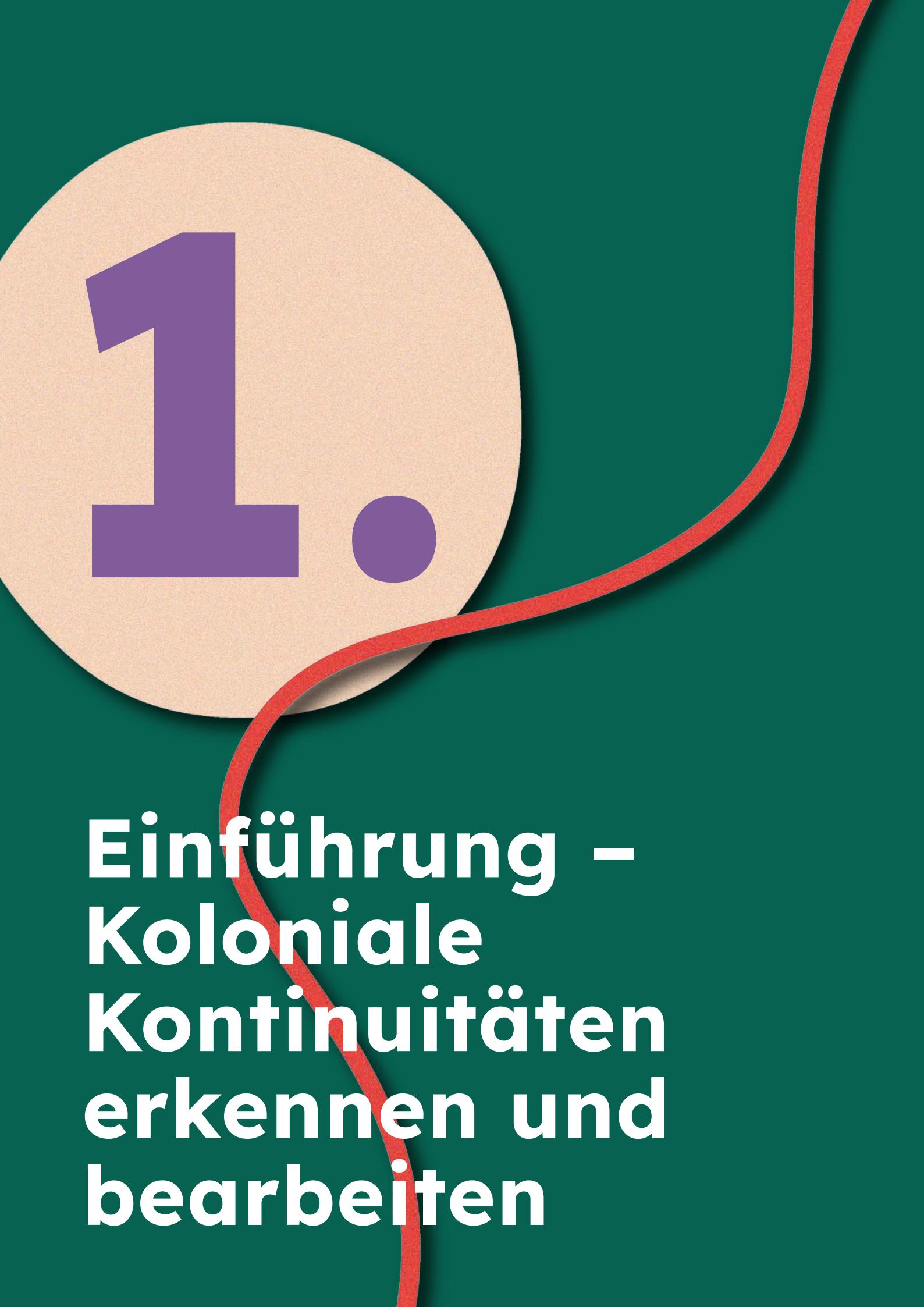
Recht auf Gesundheit

Dekolonialisierung

Inhalt



1. Einführung – Koloniale Kontinuitäten erkennen und bearbeiten	6
1.1 Zu unseren theoretisch-disziplinären Verortungen, gesellschaftlichen Positionierungen und dekolonialen Arbeitsweisen	8
1.2 Verflechtungen von Kolonialismus und Rassismus in <i>Public Health</i> : Koloniale Kontinuitäten, Antirassismus und Dekolonisierung	8
1.3 Dekolonisierung als Praxis: Der Prozess zur Autor*innenschaft – Versuche, tradierte Logiken und Dominanzen aufzubrechen	9
1.4 Autor*innenliste und Zitiervorschlag – Wer steht wo und warum?	9
2. Schwerpunkte des Gutachtens	11
2.1 Koloniale Wissensproduktion zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung	12
2.2 Institutionalisierungen von Wissen: Koloniale Kontinuitäten in Konzepten, Leitlinien und parallelen Versorgungsstrukturen	22
2.3 Berliner Institutionen als koloniale Wirkungsmächte und Ausbildungsstätten	25
2.4 Rassismus in der Gesundheitsversorgung und Recht auf Gesundheit	34
2.5 Dekolonisierung als Alltagspraxis: Communities-geführte Gesundheitsarbeit	41
3. Glossar	44
4. Policy Brief	49
4.1 Problemfelder	50
4.2 Lösungsansätze	52
5. Abkürzungsverzeichnis	54
6. Autor*innen des Gutachtens	56
7. Quellenverzeichnis	58
Impressum	66



1

**Einführung –
Koloniale
Kontinuitäten
erkennen und
bearbeiten**

Dieses Gutachten zielt darauf ab, historische Verflechtungen von Kolonialismus und Rassismus in der Berliner Medizin und Gesundheitsversorgung kritisch zu untersuchen. Anhand einer Sichtung der bestehenden Literatur über die theoretischen Diskurse und institutionellen Praktiken der Berliner Medizin und Gesundheitsversorgung setzt sich das Gutachten mit der aktuellen Praxis der Forschung, Theoriebildung, Curriculums-Entwicklung, Lehre und Praxis der Berliner Medizin und Gesundheitsversorgung kritisch auseinander. Dabei sind die folgenden Fragen zentral:

- Wie und mit welchem Interesse wird auf kolonial-rassistische Denkmuster und Wissensbestände zurückgegriffen?
- Welche Formen von Wissen werden in Forschung, Curricula und Praxis der Berliner Medizin und Gesundheitsversorgung angewandt und welche nicht?
- Welche Möglichkeiten und Herausforderungen bestehen in Bezug auf die nachhaltige Etablierung dekolonialer Methodologien und antirassistischer Ansätze?

Die gegenwärtigen Wissensstrukturen der Berliner Medizin und Gesundheitsversorgung sind nicht neutral, sondern tief in koloniale Kontinuitäten und deren Folgen verstrickt. Sowohl in den Curricula der Berliner Studiengänge als auch in der Gesundheitsforschung und -versorgung zeigen sich weiterhin Wirkungen kolonialer Macht- und Herrschaftsverhältnisse. Wissensordnungen, die aus kolonialen und eurozentrischen Traditionen hervorgegangen sind, setzen bestimmte Wissensformen zur Norm und durchdringen bis heute Institutionen des Wissens, wie auch uns selbst. Dieses koloniale Wissen legitimiert zugleich Rassismen und weitere Herrschaftsverhältnisse wie Klassismus, Sexismus und Ableismus. Im Zusammenhang mit dem wachsenden Bewusstsein über diese gewaltvollen Praktiken kann eine kritische Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der Dekolonialisierung des Wissens beginnen. Dies eröffnet die Möglichkeit, hegemoniale Wissensproduktionen institutions- und selbtkritisch zu hinterfragen sowie Alternativen für widerständige, emanzipatorische und dekoloniale Wissensformen

kollektiv weiterzuentwickeln. Aus diesem Grund diskutiert dieses Gutachten fortwirkende Mechanismen epistemischer Gewalt und Silencing und reflektiert das Potential einer Communities-basierten, widerständigen und dekolonisierten Wissensproduktion und Praxis.



The past does not exist independently from the present. Indeed, the past is only past because there is a present, just as I can point to something over there only because I am here.“

– MICHEL-ROLPH TROUILLOT
(*SILENCING THE PAST* 1995)

1.1 Zu unseren theoretisch-disziplinären Verortungen, gesellschaftlichen Positionierungen und dekolonialen Arbeitsweisen

Dieses Projekt zur Erstellung eines Gutachtens zu kolonialen Kontinuitäten in der Berliner Medizin und Gesundheitsversorgung verfolgt einen dekolonialen Ansatz. Es untersucht institutionalisierten Rassismus in der Wechselwirkung mit verwobenen strukturellen Herrschaftsverhältnissen auf Basis von Dimensionen wie Geschlecht, sexueller Orientierung, Behinderung und Sozioökonomischem Status. Hierbei wird auf unterschiedliche, in Deutschland wirkende Formen von Rassismus Bezug genommen. Die Autor*innen verkörpern unterschiedliche intersktionale, soziale Positionierungen: Schwarze Frau mit eigener Fluchtgeschichte; Schwarz und Queer; Brown und Queer; weiß, cis-weiblich und Queer; „White But Not Quite“, queere Migrantin; Person of Color, genderqueer, mit familiärer Fluchtgeschichte. Zudem bringen die Autor*innen des Gutachtens, die auch im Rahmen des DFG-Netzwerks „Bioethik und strukturelle Ungerechtigkeit“ vernetzt sind, interdisziplinäre Perspektiven aus Humanmedizin, *Public Health*, Sozialwissenschaften, Bildungswissenschaften, Philosophie, Wissenschaftsforschung und post/dekoloniale Studien ein. Darum machen wir uns als Autor*innenteam im Text sichtbar und verweisen mit dem kollektiven Wir auf unseren gemeinsamen Schreib-, Arbeits- und Reflexionsprozess.

1.2 Verflechtungen von Kolonialismus und Rassismus in *Public Health*: Koloniale Kontinuitäten, Antirassismus und Dekolonisierung

Die gewaltvollen Prozesse des Kolonialismus produzierten und normalisierten die globale Ausbeutung, Dehumanisierung und Hierarchisierung von

Menschen, Kulturen und Wissen (vgl. Quijano 2000; Ndlovu-Gatsheni 2014; Tamale 2020; Abay, Ihring & Garba 2025). Rassismus wirkte als ideologischer Mechanismus, der die koloniale globale Herrschaft rechtfertigte. Dabei prägte er die Gesamtheit der am Kolonialismus beteiligten Institutionen. Der britische Rassismusforscher Stuart Hall versteht Rassismus als soziale Praxis, die Unterschiede konstruiert und naturalisiert (vgl. Hall 2000). Somit zeigt Rassismus historische Verflechtungen auf, die bis heute als Kolonialität (bzw. koloniale Kontinuität) in Universitäten, Staaten und anderen Bereichen fortbestehen. Grundsätzlich prägt die Logik der Kolonialität die globalen Strukturen der Sozial-, Wirtschafts- und Gesundheitstheorien, die Verwaltung, Institutionen, Systeme und nicht zuletzt die Wissensproduktion (vgl. Maldonado-Torres 2007; Ndlovu-Gatsheni 2014). Kolonialismus brauchte also Rassismus als geopolitische Herrschafts- und Steuerungslogik, um globale Ungleichheiten, Entrechtungen, Ungerechtigkeiten und Ausbeutungen zu legalisieren bzw. legitimieren. Auch in globalen *Public Health* Strukturen wirkt der gewaltvolle Kolonialismus bis heute noch fort (vgl. Quijano 2000; Tamale 2020; Ndlovu-Gatsheni 2014; Rodríguez & Gabi 2023) und ist eng verschränkt mit Rassismus und Kapitalismus (vgl. Melamed 2015; Kelly 2017; Abay, Ihring & Garba 2025). Hierbei wird ein „rassistisches Archiv“ von Wissensbeständen in Forschung und Praxis angewandt und normalisiert (vgl. El-Tayeb 2016; Rodríguez & Gabi 2023; Thavarasa 2025).

Antirassismus und Dekolonisierung sind dabei als komplementär miteinander verbundene Kämpfe um soziale, materielle, geopolitische und epistemische Gerechtigkeit zu begreifen: Antirassismus adressiert den Schaden im System, während Dekolonisierung die Grundordnung des Systems in Frage stellt und von sozialer und transformativer Gerechtigkeit getragene Alternativen für eine dekoloniale Zukunft bietet. Antirassismus zielt auf die Beseitigung rassistischer Hierarchien in Alltagssituationen, Institutionen, Gesetzen und Praktiken ab, während Dekolonisierung eine strukturelle Transformation fordert, einschließlich der Wiederherstellung von Souveränität, materiellen Ressourcen und epistemischer Autonomie von ehemals kolonialisierten Gruppen, statt ihre

Einbeziehung in bestehende koloniale Strukturen anzustreben (vgl. Grosfogue 2016; Mignolo 2019; Rodríguez & Gabi 2023; Abay 2023). Aktuelle Forschungen heben hervor, dass moderne Sozialtheorien selbst im Zusammenhang mit kolonialen Herrschaftsverhältnissen entwickelt wurden, weshalb Prozesse der Dekolonialisierung voraussetzungsvoll und langwierig sind (vgl. Tamale 2020; Abay, Ihring & Garba 2025). Darum ist es wichtig, Dekolonialisierung nicht auf eine Metapher zu reduzieren (vgl. Tuck & Yang 2012), sondern die anhaltenden kolonial-rassistischen Strukturen gesundheitsbezogener Ungleichheiten zu einer Umverteilung von Macht und Ressourcen zu transformieren.

Ohne subversive und radikale Praxis der Dekolonialisierung kann Antirassismus strukturelle und soziale Transformation nicht adäquat fördern; ohne nachhaltige antirassistische Praxis ignoriert Dekolonialisierung wiederum die alltägliche Organisation von Macht durch Rassismen (vgl. Airhihenbuwa et al. 2024; Abay, Ihring & Garba 2025). Als komplementäre politische und analytische Instrumente zielen beide emanzipatorische Strategien auf die Umverteilung von Entscheidungsmacht, materiellen Ressourcen und epistemischer Urheberschaft/ Ownership, sowie die Bekämpfung von globalen Ausbeutungsverhältnissen. Praktisch heißt das: Antirassismus ist die operative Praxis, die den aus kolonialen Logiken folgenden Schaden adressiert und Schutz, Verantwortlichkeit und Zugangsgerechtigkeit sichert; Dekolonialisierung ist ein Transformationsauftrag, der den Umbau von Machtstrukturen, Kategorien, Curricula, Arbeitskonzepten, Datenregimen und Ressourcen verlangt. Für Berlin bedeutet dies: Es braucht sowohl antirassistische Mindeststandards, also Schutz, Verantwortlichkeit und Zugänge, als Gegenwartspraxis, als auch einen dekolonialen Umbau. Ein solcher Umbau beinhaltet Co-Governance, also eine geteilte Entscheidungs- und Gestaltungsmacht zwischen betroffenen Communities, Institutionen und Verwaltung, eine Reform von Kategorien, Curricula und Datenregimen, sowie eine Ressourcenumverteilung, die materielle und institutionelle Ressourcen zu strukturell benachteiligten Gruppen leitet. Ein solcher Umbau könnte langfristig zu einer geteilten Entscheidungsmacht führen.

1.3 Dekolonialisierung als Praxis: Der Prozess zur Autor*innenschaft – Versuche, tradierte Logiken und Dominanzen aufzubrechen

Vor dem Hintergrund der bisher erläuterten Komplexität der Dekolonialisierung beginnt unser Gutachten mit einem einfachen und unbequemen Entschluss: Dekolonialisierung ist Praxis. Wissensproduktion besteht nicht nur aus Theoriebildung – Wissensproduktion heißt, eine aktive Haltung einzunehmen und eine unaufhörliche Selbstreflexion anzustreben, welche gesellschaftliche Machtverhältnisse nicht nur benennt, sondern diesen entgegenwirkt und gerechtere Alternativen bietet: „*Decolonization is not a metaphor.*“ (Tuck & Yang 2012, S. 3) Dieser Satz verpflichtet: Dekolonialisierung darf kein leeres Schlagwort bleiben. Wir bemühen uns, diese Reflexion in jedem Schritt unseres Arbeitens zu verweben: Als gelebte Praxis.

1.4 Autor*innenliste und Zitiervorschlag – Wer steht wo und warum?

In diesem dekolonialen Gutachten wird die Autor*innenliste selbst zur Bühne, auf der Machtverhältnisse sichtbar und zugleich verhandelt werden müssen. Klassische Kriterien wie Rang, Reputation, Erst- und Letztautor*innenschaft reproduzieren Hierarchien, die wir hier irritieren und verschieben wollen. Deshalb fragen wir danach:

- Wie lassen sich akademische Tradierungen aufbrechen?
- Wessen Wissen, Expertisen und Erfahrungen zählen und wann?
- Wer hat Zugang zu institutionellen Ressourcen und wer bleibt außen vor?
- Wie weit lassen sich Logiken verschieben – und wo verharren sie?

Alphabetische Ordnung

Alphabetical ordering resists hierarchies by refusing to assign value based on perceived merit.“

- LINDA TUHIWAI SMITH
(*DECOLONIZING METHODOLOGIES* 1999)

Alphabetische Ordnung scheint Hierarchien aufzuheben – jede Position erscheint gleichwertig. Doch dieser Eindruck trügt: Auch sie ist geprägt von patriarchalen und kolonialen Wissensordnungen. Sichtbar wird eine Spannung zwischen formaler Gleichheit und historischer Ungleichheit, deren Kontinuitäten bis in die Gegenwart reichen.

Kollektive Nennung

Wir erprobten das Format *Decolonize Berlin – Autorinnenkollektiv**, gefolgt von der vollständigen Nennung aller Mitwirkenden: Sichtbarkeit als Wir.

Doch dieses Wir hat auch Schattenseiten. Es kann Unsichtbarkeit reproduzieren – insbesondere für mehrfach marginalisierte Autor*innen. Das Label des Kollektivs glättet epistemische Spannungen, verschleiert Hierarchien und Unterschiede in Ressourcen und Zugängen. So entsteht eine vermeintliche Gleichheit, die unterschiedliche Positionierungen einebnen.

Sichtbarkeit(en) neu denken

Wir suchten – vergeblich – nach einer ethisch gerechteren Form, die (epistemische) Differenz/ Spannung (aus)hält: Ein Wir, das breit genug ist für die genuine Repräsentation unterschiedlicher Positionierungen, für anwesende, individuelle wie auch kollektive Kämpfe und deren Kontinuitäten, nachhaltige Anerkennung und umfassendere Sichtbarkeit verdienen.

Wir standen weiterhin vor einem Dilemma und fragten danach:

- Wie viel Raum geben wir kollektiver und/ oder individueller Sichtbarkeit?
- Ist die Sichtbarkeit über individuelle Namen nicht auch die kollektive Sichtbarkeit für mehrfach marginalisierte Positionen?
- Welche Versionen einer Autor*innenliste verhandeln wir (noch) nicht, weil wir sie nicht imaginieren können?

Mündung unserer Reflexionen

In unserem offenen, unvollständigen Reflexionsprozess spiegelt sich auch die Entscheidung über Autor*innenschaft: Sie ist kein Endpunkt, sondern eine Bemühung, eine Offenlegung: Wir ordnen hier und heute entlang **intersektionaler** Positionierungen. In diesem Gutachten rahmen uns mehrfach marginalisierte Stimmen in Wissensproduktion und Praxis. So legen wir offen, auf welchem Fundament das vorliegende Gutachten ruht und welchen Kollektiven wir diese Fundamente verdanken. Zugleich wissen wir: Bewusste Listungen verschieben Zentimeter, nicht die Grundfesten akademischer Anerkennung und Sichtbarkeiten. Doch jeder Schritt im Schreiben und Reflektieren ist ein kleiner Akt der Dekolonialisierung (vgl. Tuck & Yang 2012).



2.

Schwerpunkte des Gutachtens

**Today global
coloniality operates
as an invisible
power matrix
that is shaping
and sustaining
asymmetrical power
relations between
the Global North
and the Global
South.“**

— SABELO J. NDLOVU-GATSHENI
(GLOBAL COLONIALITY 2014)

Das Gutachten gliedert sich in folgende fünf inhaltliche Schwerpunkte:

- **Schwerpunkt 1:** Koloniale Wissensproduktion zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung
- **Schwerpunkt 2:** Institutionalisierungen von Wissen: Koloniale Kontinuitäten in Konzepten, Leitlinien und parallelen Versorgungsstrukturen
- **Schwerpunkt 3:** Berliner Institutionen als koloniale Wirkungsmächte und Ausbildungsstätten
- **Schwerpunkt 4:** Rassismus in der Gesundheitsversorgung und Recht auf Gesundheit
- **Schwerpunkt 5:** Dekolonisierungspraxis: Community-geführte Gesundheitsarbeit – „Gesundheit als Menschenrecht“ in die Praxis übersetzen

Die verschiedenen inhaltlichen Schwerpunkte bauen aufeinander auf. Es ist jedoch möglich, die einzelnen Schwerpunkte unabhängig voneinander zu lesen und entsprechend den eigenen Interessen zwischen den Abschnitten zu springen. **Apricot markierte Begriffe** werden im **Glossar** definiert. In den **grünen Boxen** wird auf dekoloniale **Good-Practice-Beispiele** aus

Forschung und Praxis verwiesen. In den **apricot-farbenen Boxen** finden sich historische **Exkurse** zu ausgewählten kolonialen Praktiken. Jeder Schwerpunkt endet mit einer zusammenfassenden **lila Box** mit den wichtigsten **Kernaussagen**.

Alle Inhalte des Gutachtens bauen auf unserem aktuellen Wissensstand auf und sind das Produkt unserer gemeinsamen kollaborativen Sammlungen und kritischen Analysen. Sie beruhen auf der Vorarbeit vieler Vordenker*innen und auf dem Wissen verschiedener **Communities**, deren anhaltender Widerstand und Aktivismus die Grundlage der in diesem Gutachten präsentierten Erkenntnisse bilden. Dieses Gutachten versteht sich notwendigerweise als Zwischenstand – als ein *living document*, an dem auch nach der Veröffentlichung weitergearbeitet werden muss. Dekolonisierung ist ein fortlaufender Prozess und dementsprechend ein *work in progress*, bei dem jeder Schritt die Grundlage für den nächsten bildet. Das Gutachten knüpft an bereits geleistete Arbeit an, soll dazu anregen, den begonnenen Weg weiterzugehen, und soll Menschen dazu einladen, sich mit uns auf den Weg zur Dekolonisierung der Berliner Medizin und Gesundheitsversorgung zu machen.

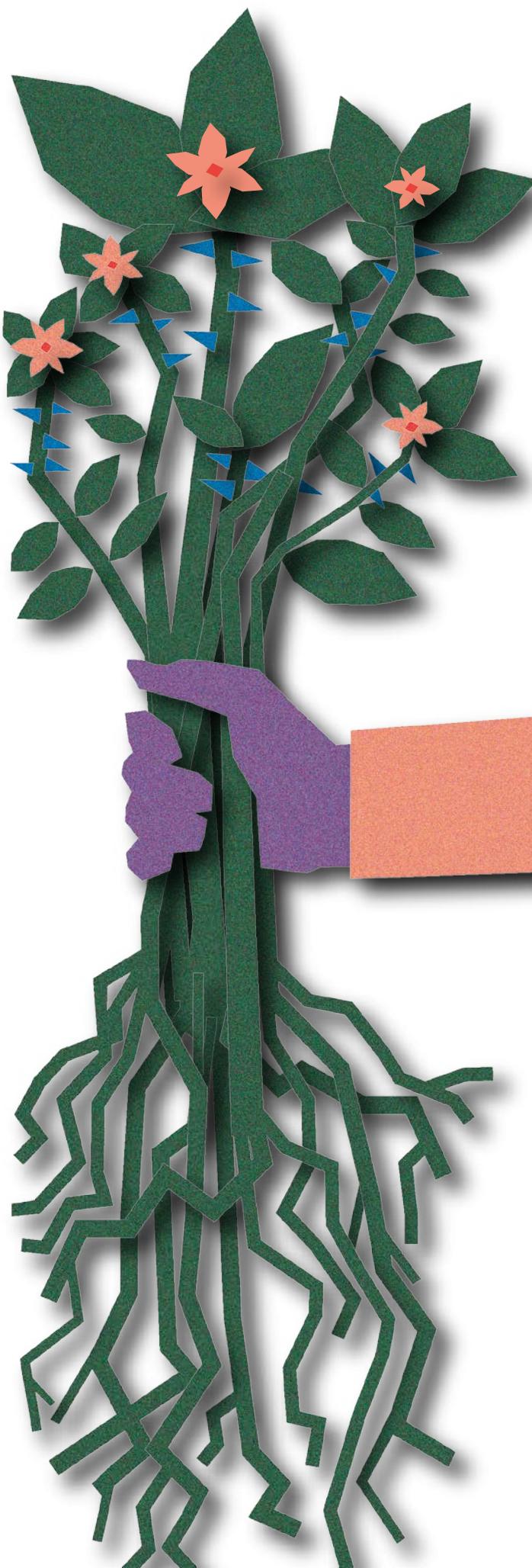
2.1 Koloniale Wissensproduktion zu Gesundheit und Gesundheitsversorgung

Kolonialismus ist nicht nur ein politisch-ökonomisches, sondern auch ein *epistemisches* Projekt (vgl. Grosse 2000; Meekosha 2011; Afeworki Abay et al. 2025). Er etablierte Wissensordnungen, in denen Westeuropa als zentraler Referenzpunkt der Welt und als vermeintlich universelles Zentrum von Vernunft, Zivilisation und Wissenschaft erschien, während Wissen und Erfahrungen von Menschen im Globalen Süden als „rückständig“, „irrational“ oder „nicht-wissenswert“ abgewertet wurden (vgl. Smith 1999; Quijano 2000; Ndlovu-Gatsheni 2014; Rodríguez & Gabi 2023). Diese Hierarchisierung von Menschen und Wissen legitimierte koloniale Herrschaft und wirkt bis heute in (rassifizierten) Ungleichheiten von Gesundheit, Bildung und Wissenschaft fort (vgl. Heaton 2013; Thavarasa 2025; Abay & Mthombeni

2025). Koloniale Strukturen und damit verbundene gesundheitliche Ungleichheiten entstehen also nicht in einem luftleeren Raum, sondern sie sind Ausdruck tief verwurzelter, rassifizierter und kolonialer Macht- und Herrschaftsverhältnisse (vgl. Krieger 2020). Hegemoniale Paradigmen in *Public Health* sind selbst Produkte von *neokolonialer* Wissensproduktion, häufig verdeckt durch den universellen Anspruch wissenschaftlicher Neutralität westlicher Epistemologien (vgl. Zuberi & Bonilla-Silva 2008).

So zeigen von Unger et al. (2019), wie Kategorien über ‚Ethnien‘, mit denen gesundheitswissenschaftliches Wissen in postkolonialen Zeiten generiert wird, *Othering*-Effekte hervorbringen, indem Migrant*innen als (potenzielle) Krankheitsträger*innen dargestellt werden. Durch oft subtile Prozesse der Rassifizierung werden Migrant*innen als Zielgruppe für verhaltensbezogene Präventionsmaßnahmen konstruiert. Dadurch geraten jedoch die strukturellen Bedingungen aus dem Blick, die ihre Gesundheitsrisiken eigentlich verursachen (vgl. Bolokan 2023; Abdel-Fatah & Gangarova 2025). Kategorien wie ‚Ethnie‘, ‚Kultur‘ oder ‚Migration‘, die in medizinischen Leitlinien und Programmen der öffentlichen Gesundheit verwendet werden, sind somit keine bloßen Beschreibungen. Sie individualisieren Risiken und verschleiern diskriminierende Strukturen – etwa, wenn schlechtere Gesundheitsoutcomes nicht als Folge struktureller Diskriminierung, sondern als ‚kulturelle Defizite‘ oder Folge individueller Verhaltensmängel gedeutet werden (vgl. Velho 2010; Aikins et al. 2024; Abdel-Fatah & Gangarova 2025). Aus einer dekolonialen und antirassistischen Perspektive wird deutlich, dass Gesundheitsforschung nicht nur bestehende Herrschaftsverhältnisse abbildet, sondern diese auch (re)produzieren kann.

Es lässt sich festhalten, dass Rassismus als soziale Praxis koloniale Macht in biologische, kulturelle oder soziale Kategorien übersetzt, die als objektiv erscheinen sollen, tatsächlich aber Differenzen naturalisieren und Ungleichheiten stabilisieren (vgl. Hall 2000; Collins et al. 2021; Krieger 2021). Vor diesem Hintergrund muss die institutionelle Verankerung der heutigen Gesundheitswissenschaften auch in ihren Bezügen zu kolonialen ‚Laborbedingungen‘, biologischem Rassismus, ‚Rassenhygiene‘ und Eugenik betrachtet werden.



Historischer Exkurs: Robert Koch und das ,koloniale Labor‘

In den letzten Jahren wurden die Verstrickungen Berliner Forschungseinrichtungen in kolonial-medizinische Projekte zunehmend untersucht (vgl. Eckart 1997; Eckart 2002; Bauche 2015, 2017; Zimmerer 2023). Wie Sarah Ehlers in ihrem Buch „Europa und die Schlafkrankheit“ (2019) kritisch diskutiert, bildeten sich zu Beginn des 20. Jahrhunderts Netzwerke, in denen kolonial-medizinische Forschung und Ausbildung vorangetrieben wurden – insbesondere an der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen (KWA), der Friedrich-Wilhelms-Universität (heute: Humboldt-Universität zu Berlin) und dem Preußischen Institut für Infektionskrankheiten (heute: Robert Koch-Institut).

Kolonialisierte Gebiete und Bevölkerungen wurden dabei für Forschungen genutzt, die gegenwärtige forschungsethische Standards missachteten – Standards, die somit scheinbar nur innerhalb des Deutschen Reichs (1871–1945) galten. Deutlich wird dies am Beispiel Robert Kochs (1843–1910). Seine Bedeutung für Mikrobiologie und Immunologie ist in Berlin präsent (Robert-Koch-Platz; Namensgebung des Robert Koch-Institut (RKI); Robert-Koch-Preis an der Charité; vgl. Charité 2019). Zugleich hat das RKI eine institutionelle Auseinandersetzung mit Kochs Involvierierung in unethische Forschung in kolonialen Kontexten begonnen (vgl. RKI 2024).

Im Auftrag deutscher und preußischer Regierungsinstitutionen leitete Koch eine Expedition, die in ostafrikanischen Kolonialgebieten Therapien gegen die Schlafkrankheit erforschen sollte (vgl. Eckart 2002). Auf den britisch-ostafrikanischen Sese-Inseln (heute: Uganda-Gebiet) testete er toxische Arsenpräparate an der kolonisierten Bevölkerung und nahm irreversible Erblindung sowie starke Schmerzen in Kauf (vgl. Bauche 2017, 2021). Anders als in Deutschland

üblich, gab er die Präparate nicht „in vorsichtig allmählich ansteigenden Dosen“ (Eckart 1997, zitiert in Barz 2025, S. 84), sondern setzte direkt hohe Dosen ein. Auf seine Empfehlung wurden zudem sogenannte „Konzentrationslager“ (Eckart 2002, S. 74) eingerichtet, in denen Erkrankte von der übrigen Bevölkerung abgesondert wurden; neben katastrophalen Ernährungs- und Hygienebedingungen erfolgten weitere schmerzhafte Therapieversuche.

Historikerin Manuela Bauche zeigt, wie sich rassistisch-eugenische Wissensformationen institutionell verankerten und erinnerungspolitisch bis in die Gegenwart nachwirken. Ihre Analyse des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik (1927–1945) macht die Sehnsucht nach „genetischer Eindeutigkeit“ (vgl. Bauche 2021, o.S) als epistemische Leitfigur sichtbar und damit die Schnittstellen von Anthropologie, medizinischer Eugenik und staatlicher Gesundheitsordnung (vgl. Bauche 2017, 2021). Mit dem Erinnerungsort „Ihnestraße“ rückt sie die städtische Topografie des Wissens und ihre politischen Implikationen in den Fokus. Für *Public Health* eröffnet dies eine kritische Genealogie der in epidemiologischen verwendeten Kategorien, Qualitätsstandards und Geltungsansprüche.

Zum Weiterlesen (Empfehlungen):

- RKI (Institutionen/Geschichte): <https://www.rki.de/DE/Institut/Das-RKI/Geschichte/Kolonialmedizinisches-Erbe/kolonialmedizinisches-erbe-node.html>
- Gutachten zu Human Remains in Berlin (ECCHR/Decolonize Berlin e.V.): <https://decolonize-berlin.de/de/wewantthemback>
- Bauche im Dlf (Erinnerungsort Ihnestraße): <https://www.deutschlandfunk.de/manuela-bauche-zum-neuen-erinnerungsort-ihnestrasse-in-berlin-dlf-340a644e-100.html>

Unser Gutachten verschränkt **Public Health**, Versorgungsforschung und Medizin, um koloniale Kontinuitäten sichtbar und transformierbar zu machen: Auf Bevölkerungsebene adressieren wir soziale und strukturelle Determinanten von Gesundheit (wie strukturellen Rassismus als koloniale Kontinuität); in der Gesundheitsversorgung analysieren wir Zugänge, Qualität der Versorgung, Inanspruchnahme und Gesundheitsoutcomes; in der klinischen Praxis prüfen wir koloniale Logiken in Leitlinien, Ausbildung und Qualitätsstandards.

Ziel dieser Perspektive – und der Beispiele/ Ansätze zur **Dekolonisierung** – ist Gesundheitsgerechtigkeit: Gerechter Zugang, gerechte Versorgungsqualität und gerechte gesundheitliche Chancen. Die koloniale Matrix der Wissensproduktion prägt damit den Gesundheitssektor insgesamt: Sie bestimmt, wer als Wissensproduzent*in gilt, welche Fragestellungen priorisiert werden, wessen Erfahrungen anerkannt werden und wessen Körper in Forschung und Praxis sichtbar bleiben. Für eine kritische gesundheitswissenschaftliche Perspektive bedeutet das, Wissensproduktion nicht nur als technischen, sondern als sozial-politischen Prozess zu begreifen (vgl. Smith 1999; Collins et al. 2021). Dekoloniale Ansätze fordern deshalb, Wissen so zu produzieren, dass es Ungerechtigkeiten nicht forschreibt, sondern Strukturen transformiert und Handlungsspielräume für marginalisierte Communities eröffnet (vgl. Smith 1999; Mignolo & Walsh 2018; Mignolo 2019; Abay & Mthombeni 2025; Abdel-Fatah & Gangarova 2025).

There's really no such thing as the 'voiceless'. There are only the deliberately silenced, or the preferably unheard“

- ARUNDHATI ROY (PEACE AND THE NEW CORPORATE LIBERATION THEOLOGY 2004)

2.1.1 Epistemische Gewalt und dekoloniale Methodologien in der Gesundheits- und Versorgungsforschung

Post/dekoloniale, rassismuskritische und intersektionale Ansätze zeigen, dass **epistemische Gewalt** dort wirkt, wo Wissensproduktion als neutral erscheint, tatsächlich aber koloniale Kontinuitäten forschreibt und gesundheitliche Ungleichheiten verdeckt, statt strukturelle Determinanten wie institutionellen Rassismus, ungleiche Ressourcenverteilung und Marginalisierung in den Blick zu nehmen (vgl. Crenshaw 1989; Afeworki Abay 2023; Gangarova 2024a). Wir verstehen epistemische Gewalt als die Weigerung dominanter Wissensinstitutionen, marginalisierte Individuen oder soziale Gruppen als Wissende anzuerkennen, also als Subjekte, die aktiv Wissen produzieren, teilen, kritisieren und weiterentwickeln (vgl. Spivak 1988; Castro Varela 2013; Brunner 2016).

Epistemische Gewalt operiert über koloniale Konzepte, Messungen, Theorien, Methodologien und Diskurse, die bestimmte Erfahrungen systematisch unsichtbar machen oder delegitimieren (vgl. Castro Varela 2013; Brunner 2016; Smith 2021). So wird die Verunmöglichung von Selbstartikulation (*Silencing*) in Form von (neo)kolonialen Wissensordnungen fortgeschrieben, Differenzen naturalisiert und bestehende Machtverhältnisse legitimiert (vgl. Trouillot 1995; Abay & Mthombeni 2025). Für *Public Health* heißt das konkret: Was wird benannt (Probleme) und was wird nicht benannt (ausgrenzende Strukturen, **Agency**)? Welche Daten werden mit welchen Kategorien erhoben? Wer besitzt diese Daten? Welches Wissen prägt gesundheitsrelevante Gesetze, Arbeitskonzepte, Leitlinien, Qualitätsindikatoren und Gesundheitsprogramme?

Der postkoloniale Philosoph und Psychiater Frantz Fanon (1963) beschrieb bereits vor sechzig Jahren eindrücklich, wie koloniale Macht sich in Körpern und Diskursen einschreibt. Diese wirkt heute in strukturellen Mechanismen fort, wenn bspw. klassifizierte Gruppen defizitorientiert kategorisiert werden

oder durch gesellschaftliche Ausschlussmechanismen und fehlende Repräsentation- und Artikulationsmöglichkeiten unsichtbar gemacht werden (vgl. Heaton 2013; Tamale 2020; Abay & Mthombeni 2025). Nancy Kriegers ökosoziale Theorie (2021) unterstreicht, dass Gesundheit und Krankheit zentraler Ausdruck historisch gewachsener Machtverhältnisse sind – nicht Eigenschaften und Merkmale bestimmter ‚ethnischer‘ Gruppen (vgl. Fanon 1985). Im deutschen Kontext verstärkt **Race-Evasiveness** (das bewusste Meiden von **Race**, Rassifizierung und Rassismus) diese Prozesse und stabilisiert kolonial-rassistische Normalität (Attia 2014). Zudem erzeugt Race-Evasiveness Datenlücken und verschiebt Rassismus ins ‚Anderswo‘, etwa in die USA oder ausschließlich in die NS-Vergangenheit (vgl. Bojadzijev et al. 2017; Aikins et al. 2024). Damit rückt im Feld der Gesundheitsforschung die Frage in den Vordergrund, welches Wissen hegemonial produziert und welches marginalisiert wird.

Schwarze, kritische und intersektionale Theorien (vgl. Crenshaw 1989; Collins et al. 2021) sowie post/dekoloniale Ansätze (vgl. Smith 1999; Castro Varela 2013; Grosfoguel 2016; Mignolo & Walsh 2018; Mignolo 2019) zeigen, dass Wissensproduktion von kolonialen Kontinuitäten geprägt ist und marginalisierte Gruppen aus dem Bereich dessen ausgeschlossen werden, was als ‚relevantes Wissen‘ gilt. Besonders mehrfach marginalisierte Gruppen werden in (neo)kolonialen Wissensordnungen zum Schweigen gebracht (vgl. Spivak 1988; Collins et al. 2021; Abay, Ihring, & Garba 2025). Zudem wird aus post/dekolonialen und intersektionalen Perspektiven deutlich, dass die bloße Integration marginalisierter Wissensformen in bestehende wissenschaftliche Paradigmen zur Bearbeitung epistemischer Ungerechtigkeit unzureichend bleibt.

Die postkoloniale Theoretikerin Gayatri Spivak (1988) warnte davor, dass selbst kritische Intellektuelle, die stellvertretend für marginalisierte Gruppen sprechen, Gefahr laufen, ihre Selbstrepräsentation und sozialen Kämpfe zu vereinnahmen. In dekolonialen Theorien und Methodologien werden solche Prozesse als **epistemischer Extraktivismus** (vgl. Grosfoguel 2016) beschrieben: Wissen marginalisierter Communities

wird zwar genutzt, zugleich jedoch entwertet und in hegemoniale Ordnungen angepasst – ohne den Wert, die Rechte oder die epistemische Autorität seiner Urheber*innen anzuerkennen (vgl. Afeworki Abay et al. 2025). Es geht damit nicht nur um einen epistemischen Ausschluss, sondern um die Ausbeutung epistemischer Ressourcen, also von Wissen, Konzepten und Theorien marginalisierter Gruppen. Solange diese Dynamiken bestehen, bleibt die bloße Einbeziehung marginalisierten Wissens eine Form der Vereinnahmung, die koloniale Hierarchien aufrechterhält, statt sie zu überwinden.

2.1.2 Partizipative Forschung im Spannungsfeld von Macht und Dekolonialität

In den Sozial- und Gesundheitswissenschaften umfasst partizipative Forschung vielfältige Ansätze – u. a. *Participatory Action Research (PAR)*, Aktions- und Praxisforschung, Community-basierte Forschung (CBR) und Community-basierte partizipative Forschung (CBPR). Gemeinsames Ziel partizipativer Forschung ist es, marginalisierte Gruppen in alle Phasen des Forschungsprozesses einzubeziehen, eine dialogische Wissensproduktion zu ermöglichen und somit gesellschaftliche Veränderungen in den Gang zu setzen (vgl. von Unger 2014; Afeworki Abay 2023). So sollen Fragen nach sozialer Gerechtigkeit aufgegriffen, gesellschaftliche und institutionelle Machtverhältnisse sichtbar gemacht und praxisnahe Lösungen gemeinsam mit den Communities entwickelt werden. Ein Anspruch, der jedoch unter den Bedingungen fortbestehender hegemonialer Strukturen nur begrenzt eingelöst werden kann.

CBPR und PAR sind als Reaktion auf **epistemische Ungerechtigkeiten** und schädliche Forschungspraktiken entstanden und wurzeln in den Wissens- und Widerstandstraditionen unterdrückter Communities weltweit – von Paulo Freires (1982) emanzipatorischer Pädagogik über Bewegungen des Globalen Südens zur **Wissensdemokratie** (vgl. Hall et al. 2020) bis zu Anti-Apartheid- und Bürgerrechtsbewegungen (vgl. Wallerstein & Duran 2018). Sie radikalisieren

die Frage: „Who is an expert, what counts as knowledge and, therefore, by whom research questions and designs should be crafted“ (Fine & Torre 2019, S. 435). Hierbei werden Communities als aktive Forschungspartner*innen mit eigenem Erfahrungs- und Handlungswissen anerkannt und in alle Phasen der Forschung eingebunden (vgl. Israel et al. 2018; Afeworki Abay 2023; Gangarova 2025c). Dadurch öffnen CBPR/PAR Räume für bestimmte Gruppen, die sonst von einer aktiven Partizipation im Forschungsprozess häufig ausgeschlossen sind, etwa behinderte, rassifizierte, migrantisierte, geflüchtete oder obdachlose Menschen (vgl. de Boer 2021; Afeworki Abay 2023). Prinzipien wie gemeinsames Lernen, **Capacity Building** und der Abbau von Machtasymmetrien zwischen Forschenden und Beforschten sind zentral (vgl. Cornwall & Jewkes 1995; Minkler et al. 2012; Gaventa & Cornwall 2015). Dabei sind vor allem die folgenden Fragen von zentraler Bedeutung: Was macht Community-Wissen aus, wie und unter welchen Rahmenbedingungen wird es erhoben, wie wird dieses kollektive Wissen öffentlich und wirksam gemacht und was bleibt weiterhin unsichtbar? In diesem Zusammenhang betonen Minkler et al. (2012) die Wichtigkeit von **Cultural Humility**. Alle Beteiligten reflektieren ihre gesellschaftlichen Positionierungen und verhandeln Machtasymmetrien (vgl. Tervalon & Murray-Garcia 1998).

Cultural Humility fungiert im Kontext von CBPR und PAR als Haltung und Methodologie: Forschung braucht geschützte Reflexionsräume und das Verständnis von Selbstreflexion als fortlaufenden Prozess des Lernens und Verlernens von gesellschaftlichen Machtverhältnissen (vgl. Tervalon & Murray-Garcia 1998; Afeworki Abay & von Unger 2024). Entscheidender als das Ergebnis ist der Forschungsprozess selbst, denn er ist „expected to be respectful, to enable people, to heal and to educate“ (Smith 2021, S. 149).

Ebenfalls ist die Praxis der **Wissensdemokratie** zentraler Bestandteil von CBPR und PAR (vgl. Hall et al. 2020). CBPR und PAR suchen explizit nach weniger eurozentrischen Formen des Wissens und ermöglichen eine multiperspektivische Wissensproduktion, indem das Wissen der **Communities** in

den jeweiligen Forschungsprozess einbezogen und vielfältige Ausdrucksformen von Wissen (schriftlich, visuell, mündlich, handelnd) anerkannt werden (vgl. Gangarova 2024a). Wie auch die dekolonialen Theorien, lehnen CBPR und PAR universalistische Forschungsprinzipien wie Neutralität und Wertfreiheit ab und gehen stattdessen davon aus, dass Wissen historisch und sozial konstruiert ist (vgl. McTaggart et al. 2017; Afeworki Abay 2023).

Das Dekolonisierungspotenzial von CBPR und PAR wird jedoch durch rassismusbedingte Ungleichheiten in Forschungs- und Fördereinrichtungen begrenzt (vgl. Muhammad et al. 2015; Afeworki Abay & von Unger 2024; Gangarova 2024b). Kritisch Forschende rufen zunehmend dazu auf, die fragilen Machtverhältnisse in der Forschungspraxis in den Blick zu nehmen und die Gefahr von einer sich ausbreitenden neoliberalen Aneignung partizipativer Methoden zu erkennen, diese zu reflektieren und ihr entgegenzuwirken (vgl. Cooke & Kothari 2001). Eine ethisch verantwortungsvolle Anwendung partizipativer Ansätze beruht notwendigerweise auf einer kritischen Reflexion von gesellschaftlichen Machtverhältnissen und Privilegien innerhalb von Forschungsgruppen (vgl. Muhammad et al. 2015). Allein die Tatsache, Vertreter*innen marginalisierter Communities an den Tisch zu holen, bedeutet nicht automatisch eine Veränderung ungerechter Machtverhältnisse, noch trifft sie den Kern dessen, was es wirklich bedeutet, Entscheidungsprozesse gemeinsam mit Communities zu verändern (vgl. Gangarova 2025c).

Eine Option, die diese Verschiebung explizit anstrebt, ist **Community-owned bzw. -driven Research**. Dieser Forschungsansatz knüpft an CBPR und PAR an, wird jedoch stärker von indigenen und anti-kolonialen Methodologien sowie eigenen ethischen Prinzipien – wie etwa Ubuntu oder Buen Vivir – geleitet (vgl. Chilisa 2012; Smith 2021; Abay, Ihring & Garba 2025). Er wird von Communities initiiert und geleitet – in vielen Fällen begleitet von Forschenden aus derselben Community, die als methodische Partner*innen agieren. Er zielt auf selbstbestimmte Wissensproduktion und sichert Datenhoheit und Souveränität über Forschungsergebnisse. *Community-owned Research* versteht

und praktiziert das Konzept von **Dekolonisierung** auf eine Weise, die über den scheinbar universellen Rahmen von sozialer Gerechtigkeit hinausgeht. Auf diese Weise wird eine Loslösung von einem modernen ‚Befreiungshorizont‘ ermöglicht und die sozialwissenschaftliche wie auch die politische Vorstellungskraft entsprechend transformiert.

CBPR und PAR ermöglichen Kooperationen zwischen Forschungseinrichtungen und historisch marginalisierten Communities sowie eine dialogische Co-Produktion von Wissen. Kritisch umgesetzt, bergen sie das Potenzial, **epistemischen Ungerechtigkeiten** entgegenzuwirken und hegemoniale Wissensproduktion zu dekolonisieren. *Community-owned/ driven Research* hingegen zielt auf selbstbestimmte, kollektive und transformative Wissensproduktion, sowie auf Datengerechtigkeit. Es minimiert das Risiko, dass Daten gegen Communities instrumentalisiert werden, und trägt so aktiv zu epistemischer und sozialer Gerechtigkeit bei.

Communities-geleitete Forschung liefert maßgebliche Evidenz gegen epistemische Verzerrungen und konkrete Hebel für Veränderung. Um Wissensproduktion und Versorgungspraxis dekolonial auszurichten, sollten 1) *Community-Leadership*,

Co-Governance und Datenverträge verbindlich verankert werden, 2) Ergebnisse systematisch in Leitlinien, Curricula und Fortbildungen übersetzt werden, und 3) Wirkung nicht nur über Outputs, sondern über Rechte, Diskriminierungsabbau und institutionellen Wandel evaluiert werden. So wird Communities-geführte Forschung zur zukunftsweisenden Praxis für epistemische Gerechtigkeit. Projekte wie Romaniphen, Afrozensus und AdiCoBe erfassen Perspektiven und Bedarfe marginalisierter Communities und machen Hürden sichtbar, die amtliche Routinen oft übersehen (z. B. strukturelle Gewalt, institutionelle Barrieren). Ihre Befunde bieten robuste Evidenz gegen epistemische Verzerrungen und sollten systematisch in Forschung, Leitlinien und Fortbildungen einfließen.⁴

4 Der Afrozensus identifiziert für den Gesundheitsbereich folgende Handlungsbedarfe: Rassismus anerkennen und aktiv angehen (institutionelle Auseinandersetzung und Aufbau rassismuskritischer Expertisen), rassismuskritische Kompetenzen priorisieren (z.B. bei der Vergabe von Kassensitzen), Ausbildung von Schwarzen, afrikanischen und afro-diasporischen Menschen gezielt fördern, sowie Behandlungskonzepte evaluieren und an Erkenntnissen der Black Studies ausrichten, um eine angemessene, rassismuskritische Versorgung sicherzustellen.

Good-Practice-Beispiele: Partizipative Praxisfor- schung – RomaniPhen – ,Studie zum Empowerment für Sinti*zze und Rom*nja‘

- **Was?** Community-geleitete Empowerment-Studie (2019–2020) im Auftrag der Unabhängigen Kommission Antiziganismus; Forschungsbericht der Hochschule Mittweida. [https://www.romnja-power.de/
wp-content/uploads/2025/05/Studie-Empowermentbarz-kaya-horvath.pdf](https://www.romnja-power.de/wp-content/uploads/2025/05/Studie-Empowermentbarz-kaya-horvath.pdf)
- **Wie?** Subjektorientierte, partizipative und partei-
ische Forschung mit expliziten ethischen Leitlinien
und Positionierung des Teams. Das Projekt analy-
siert Ressourcen, Hindernisse (strukturellen Rassis-
mus) und Empowerment-Strategien.

- **Warum relevant für Gesundheit:** Der Bericht ent-
hält ein Kapitel zu ‚historischer Aufarbeitung und
Gesundheit‘. Das Projekt versteht Empowerment als
eine Voraussetzung für Zugänge zu Versorgung. Der
Ansatz lässt sich direkt auf reproduktive Gerechtig-
keit und traumasensible Praxis übertragen (Arbeit
von Isidora Randjelovic).

- **Outputs/ Impacts:** Co-Leitung durch Communi-
ties-Forscher*innen; Entwicklung eines Katalogs
politischer Forderungen (von Erfahrungswissen
zu institutionellen Veränderungen); Vernetzung
und Angebote in den Communities; Reflexion des
Forschungsprozess

Good-Practice-Beispiele: *Communities-owned Each One Teach One EOTO e.V.- Afrozensus*

- **Was?** Erste umfassende Studie zu Lebensreali-
täten, Diskriminierung & Perspektiven Schwarzer,
afrikanischer, afro-diasporischer Menschen in
Deutschland; ~ 6.000 Teilnehmende; Report, Facts-
heets, Datenportal. <https://afrozensus.de/>

- **Wie?** Community-basiertes (Leadership und
Ownership) Design mit quantitativer Online-Befra-
gung plus qualitative Interviews/Fokusgruppen (u. a.
Gesundheit & Bildung). <https://afrozensus.de/>

- **Warum relevant für Gesundheit:** Hohe Diskrimi-
nierungsquoten im Bereich Gesundheit & Pflege

- **Outputs/ Impacts:** Öffentliche Berichte, Grafiken,
konkrete Maßnahmenempfehlungen (z. B. Beratungs-
stellen, Empowerment-Infrastruktur, Black Studies).

Good-Practice-Beispiele: AdiCoBe: Afro-diasporische Communities und Behinderung: Black disabled Power

- **Was?** Das erste Projekt von und für Schwarze und afro-diasporische Menschen mit Behinderungen in Deutschland mit dem Ziel, das Bewusstsein über die intersektionalen Lebenssituationen von Schwarzen und afro-diasporischen Menschen mit Behinderungen langfristig zu stärken, Strukturen für **Empowerment** nachhaltig zu ermöglichen sowie die Partizipation in allen Teilhabebereichen strukturell zu verbessern. Aufgrund von fehlenden Finanzierungsmöglichkeiten wird das Projekt aktuell nicht weitergeführt. Mehr Informationen zum Projekt finden sich: <https://bdb-germany.de/portfolio-items/adicobe/>

- **Wie?** Im Rahmen einer Workshopreihe mit Erfahrungsexpert*innen, Angehörigen und Beschäftigten im Kontext von Behinderung wurde Raum für Austausch geschaffen, Wissen zusammengetragen und Handlungsanregungen gemeinsam entwickelt.

- **Warum relevant für Gesundheit:** Viele Unterstützungsangebote im Kontext von Behinderung adressieren vorrangig Personen mit familiären Bezügen nach Osteuropa, in arabischsprachige Länder oder in die Türkei. Diese Angebote scheinen von Schwarzen Menschen kaum wahrgenommen zu werden. Die intersektionalen Ungleichheiten und Diskriminierungen entlang von Rassismus und **Ableismus** sind auch in diesen Organisationen nicht explizit Gegenstand, noch weniger, wenn es konkret um anti-Schwarzen Rassismus geht.

- **Outputs/ Impacts:** Barrieren bei Zugang und Nutzung der bestehenden Hilfe- und Unterstützungs-einrichtungen und Versorgungsangebote identifizieren sowie Empfehlungen für Handlungsmaßnahmen ableiten, die die Teilhabe, Selbstbestimmung und Empowerment dieser Personengruppe fördern.

Kernaussagen

- Antirassismus adressiert den Schaden im System, Dekolonisierung die Grundordnung des Systems.
- Antirassismus zielt auf die Beseitigung rassistischer Hierarchien in Alltagssituationen, Institutionen, Gesetzen, Praktiken und Ergebnissen ab.
- Dekolonisierung fordert eine strukturelle Transformation. Statt lediglich kolonisierte Menschen in bestehende koloniale Strukturen einzubeziehen, fordert sie die Wiederherstellung von Souveränität, materiellen Ressourcen und epistemischer Autorität kolonisierter Menschen.
- Dekoloniale, rassismuskritische und intersektionale Theorien und Methodologien zeigen: Epistemische Gewalt wirkt oft durch Formen der Wissensproduktion, die neutral erscheinen. In Wirklichkeit setzen sie koloniale Kontinuitäten fort und verdecken gesundheitliche Ungleichheiten.
- Epistemische Gewalt in Medizin, *Public Health* und Versorgungsforschung zeigt sich, wenn gesundheitliche Ungleichheiten kulturalisiert, verzerrt oder verkürzt erklärt werden, statt strukturelle Ursachen wie institutionellen Rassismus, ungleiche Ressourcenverteilung und Marginalisierung in den Blick zu nehmen.
- Kritisch-reflexiv zu forschen heißt, eigene Verstrickungen in die Reproduktion gesellschaftlicher Machtverhältnisse aufzudecken.
- Gesundheitsforschung muss sich aktiv vom Mythos wissenschaftlicher Neutralität abwenden und explizit danach fragen: *Wer erhebt Daten? Wem nützen sie? Wer trägt die Risiken?*
- Dekolonisierung in der Gesundheitsforschung bedeutet, die befreienden und emanzipatorischen Potenziale kollektiver Bewegungen, sowie die Widerstände von marginalisierten Personen gegenüber fortbestehenden kolonialen Machtstrukturen in den Mittelpunkt der Debatte zu rücken.
- Dekoloniale Wissensproduktion wird zur Praxis transformativer Gerechtigkeit, wenn sie Begriffe rekonstruiert, Rassismen und Kolonialität intersektional erfasst, Co-Produktion und Daten-Souveränität sichert und Ergebnisse so übersetzt, dass sie Strukturen verändern, nicht Menschen pathologisieren.

Academia is not a neutral location, it reflects the political interests of the white society. This is a white space where Black people have been denied the privilege to speak.“

— GRADA KILOMBA
(PLANTATION MEMORIES 2008)

2.2 Institutionalisierungen von Wissen: Koloniale Kontinuitäten in Konzepten, Leitlinien und parallelen Versorgungsstrukturen

Die zuvor diskutierte Praxis kolonialer Wissensproduktion zeigt, dass epistemische Gewalt und dominante Narrative sich nicht auf Forschung beschränken, sondern in Konzepte, Leitlinienentwicklung und Versorgungspraxis hineinreichen. Dabei stellt sich die Frage, wie Wissen in institutionelle Routinen übersetzt wird, zum Beispiel in Curricula, Arbeitskonzepten und Leitlinien und wie kolonial-rassistische Strukturen sowohl parallele Versorgungsangebote, etwa durch zivilgesellschaftliche Initiativen, als auch die regulären Versorgungsstrukturen prägen. Diese werden im weiteren Verlauf des Berichts ausführlicher analysiert. Koloniale Kontinuitäten materialisieren sich auch in Konzepten, Leitlinien, Komitees und parallelen Strukturen; sie sind verschränkte Ausdrucksformen derselben kolonialen Wissensordnung im Gesundheitswesen.

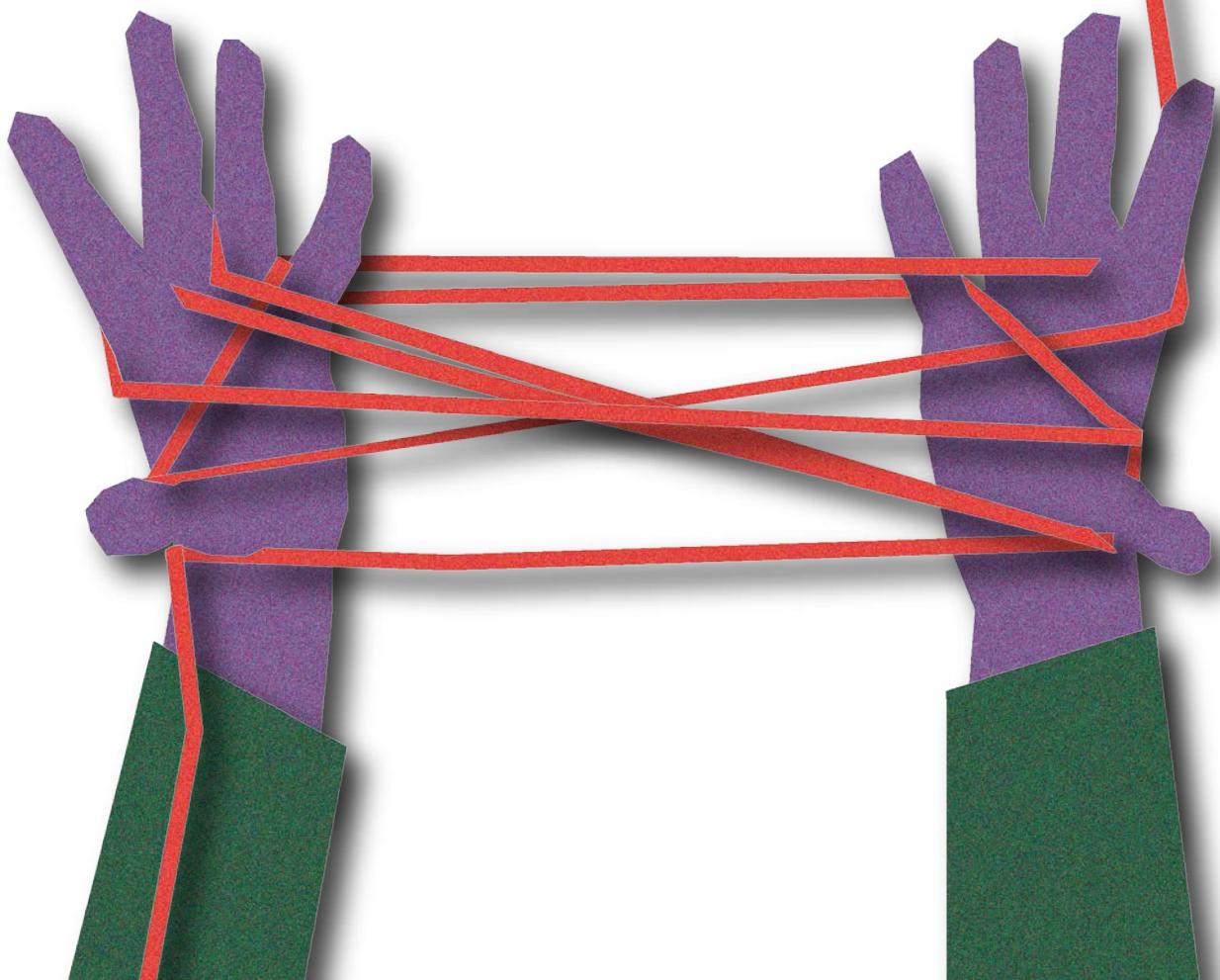
Arbeitskonzepte wie die Interkulturelle Öffnung erscheinen auf den ersten Blick als Fortschritt hin zu mehr Diversität und Zugangsgerechtigkeit. Tatsächlich

lenken sie den Blick jedoch auf ‚Kultur‘ und verdecken damit die strukturellen Faktoren, die Menschen vulnerabel und krank machen. Über Prozesse der Kulturalisierung und Rassifizierung werden Patient*innen als ‚andere‘ Subjekte markiert, die über Prävention und Verhaltenssteuerung adressiert werden sollen. So wird struktureller Rassismus von Institutionen weg – und auf die Körper von Individuen und Communities of Color projiziert. Statt Ursachen in diskriminierenden Strukturen zu verorten, werden Probleme und Verantwortung den Communities selbst zugeschrieben (vgl. Abdel-Fatah & Gangarova 2025).

Leitlinien gelten als ‚Handlungs- und Entscheidungskorridore‘ und bestimmen Qualitätsstandards klinischer Praxis (AWMF – Ständige Kommission Leitlinien 2025, S. 6). Damit stellen sie einen zentralen institutionellen Hebel dar – mit ambivalenter Wirkung: Einerseits können sie rassistische Wissensbestände verstetigen, etwa wenn Race als biologische Kategorie geführt und damit scheinbar legitimiert wird. Dies kann folglich konkrete Behandlungsnachteile für rassistisch marginalisierte Patient*innen produzieren (vgl. Vyas et al. 2020; Gopal et al. 2022; Naghipour & Faissner 2025). Andererseits bieten sie die Chance, Race konsequent als sozio-kulturelle Determinante zu fassen und rassismuskritische, diskriminierungssensible und strukturelle Kompetenzen zu verankern (vgl. Metzl et al. 2014; Neff et al. 2020; Gilliam et al. 2022; Mair et al. 2024).

Koloniale Kontinuitäten zeigen sich zudem in der Zusammensetzung der Leitlinienkommissionen: Überrepräsentation weißer, cis-männlicher und westlicher Perspektiven sowie die Marginalisierung von Frauen, rassifizierten Gruppen und Autor*innen aus dem Globalen Süden prägen, welche Evidenz einbezogen wird, und welche Fragen gestellt werden (vgl. Verduzco-Gutiérrez et al. 2022; Martin et al. 2024; Martin et al. 2024; Naghipour et al. 2025). Ein Zusammenhang zwischen Identität der Forschenden und Forschungsinhalt (vgl. Kozlowski et al. 2022) legt nahe, dass die Integration diverser Perspektiven zu einer diversen Schwerpunktsetzung von Inhalten beitragen kann (vgl. Naghipour et al. 2025). Damit wird auch in formalen Standards eine koloniale Wissensordnung reproduziert.

Neben der Regelversorgung bestehen in Deutschland zahlreiche **Parallelstrukturen** – etwa kirchliche Träger*innen, **Clearingstellen** oder zivilgesellschaftliche Initiativen – die Versorgungslücken schließen, vor allem für Menschen ohne Versicherungsschutz. So dringend notwendig diese Angebote sind, bergen sie zugleich die Gefahr, staatliche Exklusionspolitiken zu stabilisieren, anstatt sie zu überwinden (vgl. Dieterich et al. 2025). Indem Hilfe auf Einzelfälle fokussiert und überwiegend über Output-Indikatoren (z. B. Beratungszahlen) bewertet wird, geraten die eigentlichen Barrieren – gesetzliche Regelungen, Finanzierungssysteme, Leitlinien – aus dem Blick. Diese Dynamik beschreiben Hamed et al. (2020) als strukturelle Gewalt im Gesundheitswesen. Beispiele wie das MediBüro Berlin oder Ärzt*innen der Welt zeigen jedoch, dass Organisationen auch einen anderen Weg gehen können: Sie verstehen sich als Übergangsstrukturen.



Good-Practice-Beispiel

Das MediBüro Berlin arbeitet ausdrücklich darauf hin, sich überflüssig zu machen – mit einem doppelten Mandat: Medizinisch zu versorgen und zugleich ausgrenzende Verhältnisse zu verändern, etwa durch öffentliche, auch konfrontative Positionierungen gegen

restriktive Gesetze. Ähnlich geht Ärzt*innen der Welt (auch in Berlin aktiv) sichtbare Schritte in Richtung struktureller Veränderungen – nach innen und nach außen: Durch die Diversifizierung der eigenen Zusammensetzung sowie durch die Initiierung und Koordination bundesweiter Kampagnen für das Recht auf Gesundheit für alle (<https://gleichbehandeln.de/>)

Diese Beispiele zeigen, dass weiße Parallelstrukturen grundsätzlich transformierbar sind – vorausgesetzt, sie reflektieren kritisch ihre eigene Verortung innerhalb von Übergangs- bzw. kompensatorischen Versorgungsstrukturen, die strukturelle Gewalt

unsichtbar machen und somit reproduzieren. Zudem nutzen sie ihre institutionelle Macht, um die in Gesetzen verankerten Ursachen dieser Gewalt aktiv zu adressieren sowie sich selbst zu transformieren.

Kernaussagen

- Leitlinien gelten als ‚Handlungs- und Entscheidungskorridore‘ und bestimmen Qualitätsstandards klinischer Praxis. Damit stellen sie einen zentralen institutionellen Ansatzpunkt dar.
- Leitlinien können auf der einen Seite rassistische Wissensbestände verstetigen, etwa wenn *Race* als biologische Kategorie geführt und damit scheinbar legitimiert wird. Dies kann folglich konkrete Behandlungsnachteile für rassistisch marginalisierte Patient*innen produzieren.
- Leitlinien bieten auf der anderen Seite die Chance, *Race* konsequent als sozio-kulturelle Determinante zu fassen und rassismuskritische, diskriminierungs sensible und strukturelle Kompetenzen zu verankern.

- Arbeitskonzepte wie die Interkulturelle Öffnung erscheinen auf den ersten Blick als Fortschritt hin zu mehr Diversität und Zugangsgerechtigkeit. Tatsächlich lenken sie den Blick jedoch auf ‚Kultur‘, fördern somit Stereotypisierungen und verdecken gleichzeitig verantwortliche strukturelle Faktoren.
- Neben der Regelversorgung existieren in Deutschland Parallelstrukturen – etwa kirchliche Träger*innen, Clearingstellen oder zivilgesellschaftliche Initiativen, die Versorgungslücken schließen. So dringend notwendig diese Angebote sind, bergen sie zugleich die Gefahr, staatliche Exklusionspolitiken zu stabilisieren, anstatt sie zu überwinden.

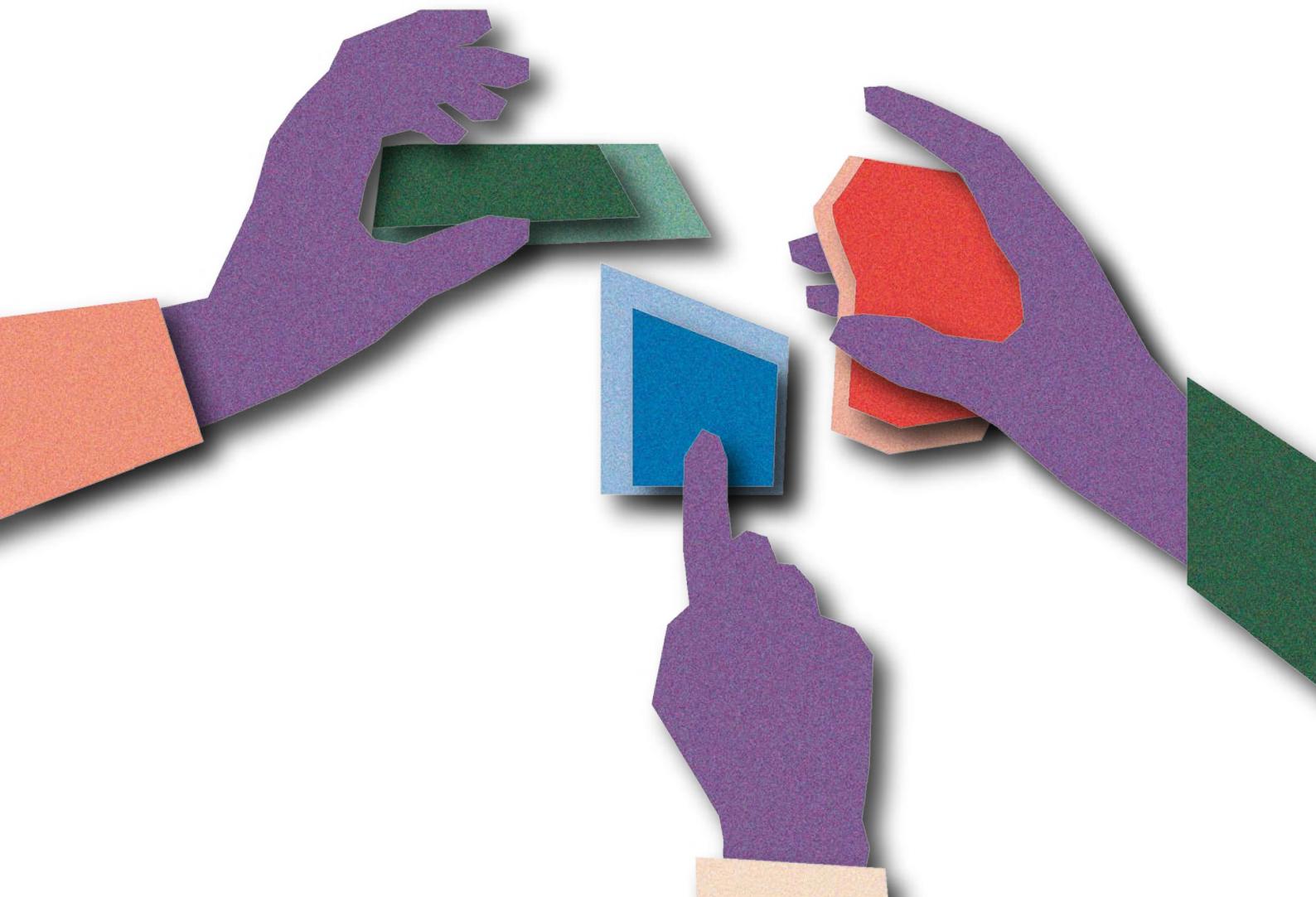
2.3 Berliner Institutionen als koloniale Wirkungsmächte und Ausbildungsstätten

2.3.1 Rassismus in der ärztlichen Ausbildung

Eine explorative qualitative Untersuchung, die im Rahmen des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors (NaDiRA) umgesetzt wurde, liefert nachdrückliche Hinweise darauf, dass rassistische Wissensbestände in verschiedenen Bereichen der ärztlichen Ausbildung in Deutschland vorkommen und miteinander verbunden sind (vgl. DeZIM 2023; Vogt et al. 2025). Die Untersuchung

richtet den Blick auf drei zentrale Bereiche: 1.) das Vorhandensein von rassistischem Wissen in ‚Lehrmaterialien und Lehrpraktiken‘ des Medizinstudiums und die Art der Vermittlung und Reflexion durch Lehrende; 2.) die Einschätzung seitens rassistisch marginalisierter Ärzt*innen und Medizinstudierender, inwiefern diesem Wissen eine besondere Bedeutung bei voreingenommenem ärztlichen Verhalten (unconscious bias), ‚Handlungsnormen‘, und Patient*innenbegegnungen zu kommt; und 3.) welche ‚Rolle‘ die, „Verbindung verschiedener institutioneller Dimensionen (Akteure, Dokumente, Kontexte) für die Legitimierung und Aufrechterhaltung rassistischer Wissensbestände und Praktiken“ (DeZIM 2023, S. 185), spielt.

Die erste zentrale Erkenntnis verweist auf die Normierung medizinischen Wissens sowie den damit einhergehenden Ausschluss von Personen, die der



Norm nicht entsprechen: „Einerseits zeigt sich, dass die notwendige Unterscheidung von Krankheitsbildern oder Patient*innengruppen zu einer soziohistorisch verwurzelten systematischen Auslassung ganzer Patient*innengruppen innerhalb bestimmter Normmodelle führt.“ (DeZIM 2023, S. 188–189).

Als zweite Kernerkenntnis wird betont, dass medizinisches Wissen rassistische Inhalte zudem explizit reproduziert, indem sie Differenzzeichnungen vornimmt und „Andersbehandlung und Ausgrenzung bestimmter Patient*innengruppen“ (DeZIM 2023, S. 189) erzeugt. So werden zum einen in medizinischen Lehrmaterialien und Praktiken der Wissensvermittlung rassistisch marginalisierte Patient*innen weitgehend und systematisch *nicht* berücksichtigt. Diese Auslassung zeigt sich auf verschiedenen Ebenen: Zum Beispiel kommen Personen mit dunklen Hauttypen in dermatologischen und anderen Lehrmaterialien fast gar nicht vor, werden rassistische Gesellschaftsverhältnisse als Grund und Auslöser von Krankheiten kaum thematisiert und kolonial-medizinische Hintergründe vielfach ausgeblendet: „Kurz gesagt, in rassistischen Diskursen funktionieren körperliche Merkmale als Bedeutungsträger, als Zeichen innerhalb eines Diskurses um Differenz.“ (Hall 2000, S. 7)

Werden rassistisch marginalisierte Gruppen berücksichtigt, geschieht dies häufig im Zuge einer Verortung außerhalb vermeintlich westlicher oder deutscher Normen und Werte. Dabei werden sehr verschiedene Gruppen als ‚fremd‘, ‚gefährlich‘, ‚anders‘, ‚besonders herausfordernd‘ homogenisiert und generalisiert (vgl. Afeworki Abay 2025). Gleichzeitig werden sie durch spezifische Zuschreibungen vage stereotypisiert und häufig mit bestimmten Krankheitsbildern (z. B. HIV oder Tuberkulose) oder Verhaltensweisen (z. B. Alkohol- und Drogenkonsum) assoziiert (vgl. Vogt et al. 2025). In vielen Fällen werden diese Zuschreibungen ohne eine ausreichende empirische Transparenz und Kontextualisierung vorgenommen.

**There's no such thing as neutral education.
Education either functions as an instrument to bring about conformity or freedom.“**

– PAULO FREIRE (*PEDAGOGY OF THE OPPRESSED* 1970)

2.3.2 Analyse des Curriculums an der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Studiengang Medizin

An der Charité wurde zum Wintersemester 2010/11 der Modellstudiengang initiiert, um den bestehenden Regelstudiengang grundlegend zu reformieren. Die aktuelle Studienordnung bietet online eine detaillierte Übersicht über die einzelnen Module sowie deren spezifische Lernziele. Eine Stichwortsuche nach Begriffen wie ‚Rassismus‘, ‚Kolonialismus‘, ‚Kulturalismus‘ oder ‚Diskriminierung‘ ergibt keine Treffer. Hier lässt sich die Frage stellen: „*What would medicine—its training, practice, and presumption—look like if it were informed by the scholarship and experiences of a vast diversity of people: people who are racially-marginalized, sociologists, community organizers, queer, differently-abled?*“ (Tsai, Lindo & Bridges 2021, S. 7).

Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) definiert die Lernziele und Kompetenzen, die Medizinstudierende bis zum Studienabschluss erreichen sollen.

Laut NKLM 2.0 (Lernziel VIII.6-04.4.13) sollen Studierende selbstständig, „Benachteiligungen, Stigmatisierung und Diskriminierung aus rassistischen Gründen oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechtes, der Religion oder Weltanschauung [...] erkennen und das Handeln im Sinne der

Verhinderung oder Beseitigung dieser Benachteiligungen ausrichten", können. In keinem der aufgelisteten Module wird allerdings ein Lernziel zur Auseinandersetzung mit den Einflussfaktoren systemischer

Unterdrückung auf medizinische Wissensproduktion, klinische Entscheidungsfindung und die Struktur des Gesundheitssystems erwähnt.

Praktisches Jahr						
	Semesterwoche 1-4	Semesterwoche 5-8	Semesterwoche 9-12	Semesterwoche 13-16		
S10	Blockpraktikum Allgemeinmedizin, Notfallmedizin, „Paperwork“, Schnittstellen	Blockpraktika Innere Medizin, Chirurgie, Kinder-, Frauenheilkunde		Repetitorium I + II		S10
S9	Schwangerschaft, Geburt, Neugeborene, Säuglinge	Erkrankungen des Kindesalters u. d. Adoleszenz	Geschlechts-spezifische Erkrankungen	Intensivmedizin, Palliativmedizin, Recht, Alter, Sterben und Tod	Wissenschaftliches Arbeiten III	Prüfungen
	KIT • Modulunterstützende Vorlesungen					S9
S8	Erkrankungen des Kopfes, Halses und endokrinen Systems	Neurologische Erkrankungen	Psychiatrische Erkrankungen	VL 4 Vertiefung/Block Wahlpflicht III	Prüfungen	S8
	KIT • Modulunterstützende Vorlesungen					
S7	Erkrankungen des Thorax	Erkrankungen des Abdomens	Erkrankungen der Extremitäten	VL 3 Vertiefung/Block Wahlpflicht II	Prüfungen	S7
	GÄDH • Modulunterstützende Vorlesungen					
S6	Abschlussmodul 1. Abschnitt	Sexualität und endokrines System	Wissenschaftliches Arbeiten II	Vertiefung/ Wahlpflicht I	Prüfungen	S6
	KIT • Modulunterstützende Vorlesungen					
S5	Systemische Störungen als Krankheitsmodell	Infektion als Krankheitsmodell	Neoplasie als Krankheitsmodell	Psyche und Schmerz als Krankheitsmodell	VL 2 Block	Prüfungen
	POL • KIT • Modulunterstützende Vorlesungen					S5
S4	Atmung	Niere, Elektrolyte	Nervensystem	Sinnesorgane	Prüfungen	S4
	POL • KIT • Modulunterstützende Vorlesungen					
S3	Haut	Bewegung	VL 1 Block	Herz und Kreislaufsystem	Ernährung, Verdauung, Stoffwechsel	Prüfungen
	POL • GÄDH • Modulunterstützende Vorlesungen					S3
S2	Wachstum, Gewebe, Organ	Gesundheit und Gesellschaft	Wissenschaftliches Arbeiten I	Blut und Immunsystem	Prüfungen	S2
	POL • KIT • Untersuchungskurs • Modulunterstützende Vorlesungen					
S1	Einführung	Bausteine des Lebens	Biologie der Zelle	Signal- und Informations-systeme	Prüfungen	S1
	POL • KIT • Untersuchungskurs • Modulunterstützende Vorlesungen					

Abbildung 1: Aufbau des Curriculums in Medizin an der Charité (Hitzblech et al. 2019)

In der Modulbeschreibung des Pflichtmoduls ‚Einführung‘ im ersten Semester wird als Lernziel die Rolle der Professionalisierung des ärztlichen Berufes genannt. Konkret geht es dabei um die Fragen ‚Wer bin ich?‘ / ‚Was will ich?‘ in Kombination mit der eigenen Entwicklung im ärztlichen Beruf. Bereits im ersten Semester kann hier eine strukturierte Auseinandersetzung mit Rassismus beginnen. Oft fehlt es an strukturellem Raum im Studium, um die Entstehung, Konstruktion und die damit verbundenen Fehler im Verständnis von Körpern, Krankheiten und rassistischen Praktiken im klinischen Alltag kritisch zu hinterfragen: Welche impliziten Annahmen und gesellschaftlichen Machtverhältnisse werden im deutschen Ausbildungskontext gestützt und reproduziert? Je früher dieses Thema als Spiegelbild der heutigen Lebensrealität in den jeweiligen Curricula berücksichtigt wird, desto einfacher lässt sich eine Reflexionsfähigkeit bei Studierenden fördern.

Ein weiteres Lernziel ist es, das Wissenschaftsverständnis der Medizin im historischen Kontext reflektieren zu können. Es stellt sich die Frage: Was gilt in der Medizin als legitimes Wissen und wessen Geschichte bleibt außen vor? Die koloniale Geschichte der Medizin in Deutschland wird nicht als explizites Lernziel genannt, obwohl sie wesentlich zur Konstruktion vermeintlich biologischer Unterschiede zwischen rassifizierten Gruppen beigetragen hat. Ein bewusster Umgang mit Machtstrukturen und gesellschaftlichen Positionierungen findet nicht ausreichend statt. Anhand von Stichpunkten zu historischen Ereignissen könnte die Relevanz dieser Entwicklungen für die Medizin aufgezeigt und reflektiert werden, wie der Ausschluss dieser prägenden Geschichten eine Lücke im Verständnis des heutigen Gesundheitssystems hinterlässt. Es müsste hierfür kein Zusatzmodul geschaffen werden, sondern das bereits bestehende Lernziel könnte ergänzt werden, sodass Machtverhältnisse zwischen Medizin und kolonialen Kontinuitäten analysiert werden.

Auch im Modul zu ‚Mensch & Gesellschaft‘, in dem soziale Einflüsse auf Gesundheit thematisiert werden, fehlt der Begriff ‚Rassismus‘ in seiner strukturellen Dimension. Während das sogenannte *Modell der sozialen Determinanten von Gesundheit*

gesundheitsbezogene Ungleichheiten benennt, werden diese selten mit Machtstrukturen verknüpft, die rassifizierte Personen systematisch marginalisieren. Die materiellen und historischen Verhältnisse, die zu einer ungleichen Verteilung von Macht und Ressourcen führen, die Kräfte, die das Netz sozialer Ungleichheit spinnen, wie koloniale Kontinuitäten, strukturelle Rassismen, die ungleiche Verteilung von Ressourcen, Kapitalismus oder Sexismus, werden weder dargestellt, noch thematisiert, gelehrt oder gelernt – insbesondere nicht in ihrer **intersektionalen** Verflechtung.

Ohne solche Kontextualisierungen können Studierende tief verwurzelte Ursachen gesundheitlicher Ungleichheit nicht erkennen, diese im klinischen Alltag reflektieren und entsprechend handeln (vgl. Tsai, Lindo & Bridges 2021). Dies stützt auch eine qualitative Studie mit Medizinstudierenden, in der Studierende insbesondere Schwierigkeiten beim Verständnis von strukturellem Rassismus hatten (vgl. Gerhards, Schweda & Weßel 2023). Durch Fallbesprechungen, wie im problemorientierten Lernen, besteht die Möglichkeit, bestehende Versorgungslücken und deren Ursachen strukturell zu thematisieren, statt auf individueller Ebene zu bleiben.

Die Auswirkungen dieser Lücken zeigen sich auch in der dermatologischen Lehre. Die Lernziele beinhalteten, einen Normalbefund bei der körperlichen Untersuchung der Haut zu erheben und bei ausgewählten Erkrankungen die wesentlichen morphologischen und funktionellen Veränderungen zu beschreiben. Auch stellen sich folgende Fragen: Welche Hauttypen werden in den Lehrbüchern abgebildet? Welche Hautbilder sind Teil der Vorlesungsinhalte? Mehrere Studien belegen eine Unterrepräsentationen rassistisch marginalisierter Patient*innen in der Dermatologie im deutschsprachigen Raum (vgl. Gregersen & Elsner 2021). In der Praxis zeigt sich, dass Hauterkrankungen von Ärzt*innen auf dunkleren Hauttypen schlechter erkannt werden, was Therapien verzögern kann.

Good-Practice-Beispiel

Ein Positivbeispiel an dieser Stelle, das die Charité über die letzten Jahre implementiert hat, ist eine „Skin-of-Color“-Ambulanz, die „erste Einheit für Skin of Color Dermatologie im deutschsprachigen Raum“,

welche sich zum Ziel gesetzt hat „Wissenslücken in der Behandlung von Hauttypen IV-VI nach Fitzpatrick (auch als Skin of Color beschrieben)“ (DermaCharité o.D.) zu schließen. Diese Inhalte aus der klinischen Praxis werden auch in der Lehre integriert.

Ein weiteres Positivbeispiel ist das Seminar ‚Was hat Dermatologie mit Rassismus zu tun?‘ an der Medizinischen Hochschule Hannover (vgl. Mikuteit et al. 2025). Es thematisiert Hauterkrankungen bei dunkleren Hauttypen und die Notwendigkeit einer rassismuskritischen Lehre. Neben der Vermittlung von Kompetenzen bei der Diagnostik von Hautveränderungen auf dunkleren Hauttypen erfolgt auch eine Auseinandersetzung mit kolonialen und rassistischen Strukturen innerhalb der Medizin auf mögliche Ursprünge für die existierende Ungleichbehandlung. Das Rad muss also nicht neu erfunden werden – indem solche neu erforschten Seminarmethoden als Inspiration genutzt werden, zeigt sich eine wertschätzende Anerkennung für die Arbeit dahinter und fördert gleichzeitig eine kontinuierliche Weiterentwicklung der Lehrmethoden.

Ein weiteres Beispiel für unreflektiertes, strukturell wirksames Wissen, das in der medizinischen Lehre thematisiert werden sollte, ist der Einsatz von Race in der Diagnostik. Die Studie ‚Hidden in Plain Sight‘ (vgl. Vyas et al. 2020) listet eine Reihe von medizinischen Algorithmen auf, die Race als Faktor berücksichtigen. Ein Teil dieser Algorithmen werden in der medizinischen Praxis weiter eingesetzt, wie z. B. die glomeruläre Filtrationsrate, die angibt, wie gut die Nieren funktionieren. Bei Schwarzen Personen wird dieser Wert systematisch nach oben korrigiert, obwohl diese Anpassung auf keiner fundierten wissenschaftlichen Untersuchung basiert (vgl.

Eneanya et al. 2022).⁴ Obwohl die American Society of Nephrology und die National Kidney Foundation im September 2021 die sofortige Umsetzung der 2021 CKD-EPI-Formel empfahl, die ohne Race angepasst wurde, setzen Labore in Deutschland teilweise bis heute diese Formel weiter ein. Solche systematischen Verzerrungen sollten im Medizinstudium thematisiert werden, wie es zum Beispiel aktuell im Wahlpflichtmodul ‚Medizin und Rassismus‘ an der Charité im Bereich ‚Grundlagen des ärztlichen Denkens und Handelns‘ geschieht. Über das Wahlangebot hinaus sollten rassismuskritische Wissensbestände auch in regulären Curricula verankert werden, etwa durch die Thematisierung von Race im Modul ‚Niere‘ in der Nephrologie.

In der vertiefenden Auseinandersetzung mit wissenschaftlicher Praxis ließe sich analog zum Curriculum der Universität Bielefeld (eKVV Lehre) auch in Berlin eine kritische Einführung in die Betrachtung von klinischen Leitlinien einbetten, um 1) ihr institutionelles Wirken aufzuzeigen; 2) zur Reflexion anzuregen, welches Wissen eingebettet und welches ausgelassen wird; und 3) die Implikationen für eine Patient*innenzentrierte klinische Praxis in der Rolle als klinisch Versorgende zu verstehen.

Rassismuskritisches Wissen ist auch im Bereich von Gynäkologie und Geburtshilfe von großer Wichtigkeit: Eine Metaanalyse (vgl. Sheikh et al. 2022) mit

2 Einige der Algorithmen, zum Beispiel der Vaginal Birth afert Cesarian Score, sind mittlerweile durch Algorithmen ohne Race-Zuordnungen ersetzt worden (vgl. Nittur et al. 2025).

Daten von 2,2 Millionen Schwangerschaften aus 20 Ländern, darunter auch Deutschland, zeigt: Schwarze Frauen⁴ haben ein höheres Risiko für Komplikationen wie Totgeburt, neonatalen Tod, ein zu geringes Geburtsgewicht des Säuglings, und Frühgeburt als weiße Frauen. Weitere Studien aus den USA und Großbritannien belegen, dass Schwarze Frauen während oder nach der Schwangerschaft deutlich häufiger sterben als weiße Frauen. Im deutschsprachigen Raum gibt es bisher kaum Studien, die sich mit der Perspektive Schwarzer Gebärender auf Schwangerschaft, Geburt und gynäkologische Versorgung beschäftigen (vgl. Winkler & Babac 2022). Nur wenn entsprechende Statistiken und rassismuskritische Forschungsergebnisse systematisch in Vorlesungen und Seminare adressiert werden, kann ein Bewusstsein für Intersektionalität und ihren Einfluss auf Zugang und Qualität gynäkologischer Begleitung entstehen.

Inwieweit hat das Auslassen eines rassismuskritischen Ansatzes in der medizinischen Lehre klinische Konsequenzen? In einer wichtigen Studie zur Schmerzbehandlung aus den USA (vgl. Hoffman et al. 2016) mussten Medizinstudierende und Assistentärzt*innen bestimmte Aussagen als wahr oder falsch einordnen – die aus überholten Annahmen der Kolonialzeit entstanden sind. Mindestens 50 % der weißen Proband*innen hielten dabei mindestens eine dieser falschen Aussagen für wahr. Die klinischen Folgen? Genau diese angehenden Ärzt*innen verzögerten die Schmerzbehandlung bei Schwarzen und braunen Patient*innen und nahmen deren Symptome nicht ernst. Der Glaube an falsches Wissen zeigte sich damit konkret in fehlerhafter und verspäteter medizinischer Behandlung. Dieses Wissen – ein Erbe aus kolonialer Zeit – muss im Rahmen der klinischen Ausbildung, insbesondere in der Schmerztherapie und Notfallmedizin, kritisch hinterfragt und aktiv dekonstruiert werden.

Nur durch eine kontinuierliche Lehre mit bewusst gesetzten rassismuskritischen Lernzielen lassen sich

weitere Ungleichbehandlungen wirksam reduzieren. Die aktuellen medizinischen Curricula benötigen eine kritische Überarbeitung, um die strukturellen und machtvollen Mechanismen aufzuzeigen, die Ungerechtigkeiten innerhalb des eigenen Systems reproduzieren. Medizinstudierende müssen Werkzeuge vermittelt bekommen, um sich fragen zu können, woher bestimmte Assoziationen und Denkmuster kommen, die sie im klinischen Umfeld entwickeln. Hier ist die Arbeit von Initiativen wie dem Arbeitskreis „Verankerung von Diversitätskompetenz & Rassismuskritik in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen“ zu unterstützen: „*Denn erst wenn während der Professionalisierung in der humanmedizinischen Ausbildung bei den Studierenden ein Bewusstsein und eine Reflexion bezüglich der eigenen internalisierten Handlungsroutinen innerhalb der institutionellen Erfahrungsräume erreicht wird, kann sich das Thema von dem adäquaten Umgang mit Diversität in der alltäglichen Versorgungsmedizin Geltung verschaffen.*“ (Hallal 2015, S. 21)

Im folgenden Abschnitt wird auf einige Berlinspezifische Aktivitäten gegen Diskriminierung und Rassismus der letzten Jahre exemplarisch eingegangen, um die Relevanz einer solchen diskriminierungs-kritischen Praxis für die Berliner Medizin und Gesundheitsversorgung aufzuzeigen.

2.3.3 Berlinspezifische Aktivität gegen Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitswesen

Das an der Charité Universitätsmedizin Berlin koordinierte Projekt „Empowerment für Diversität“ setzt sich für „Diversitätsgerechtigkeit und Rassismuskritik [...] im Gesundheitswesen“ ein (Empowerment für Diversität - Allianz für Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung 2025). In Zusammenarbeit mit Projektpartner*innen, Projektbeirat und Praxisbeirat werden in Bezug auf 1) die Organisationsentwicklung auf Klinikebene, 2) die Curriculumentwicklung in Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen, und 3) die Gründung einer „bundesweiten Allianz“ Weichen gestellt, um Diskriminierungsabbau und

³ Um die Ergebnisse der jeweiligen Studien zu verzerrn, verwenden wir bei der Beschreibung der Studien die in den Studien verwendeten binären Kategorien von Frauen und Männern.

Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung zu fördern, diese zivilgesellschaftlich und politisch zu multiplizieren und strukturell zu verankern. Das Projekt, das von der Mercator-Stiftung gefördert wird, wird nach einer ersten Projektlaufzeit (2022-2026) die Umsetzung der Projektziele in einer zweiten Projektphase (2026-2029) weiterführen können. Es wird sich im weiteren Verlauf zeigen, inwieweit dieses Projekt zu einer strukturellen Verankerung von Intersektionalität und diskriminierungskritischen Ansätzen in der Versorgung beitragen kann.

Weiterhin beschäftigt sich die ‚AG Antirassismus‘ an der Charité mit rassistischen und diskriminierenden Strukturen an der Charité und diskutiert diese öffentlich, zum Beispiel im Rahmen der Veranstaltungsreihe *Im Gespräch gegen Rassismus*. Ein BiPOC Netzwerk bietet eine Plattform zum Austausch, zur gegenseitigen Unterstützung und zur Stärkung der BiPOC Gemeinschaft an der Charité.

Kernaussagen

- Es ist notwendig, rassistische und koloniale Wissensbestände sowie Auslassungen in Lehr- und Lerninhalten in Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen systematisch zu identifizieren.
- Forschende, Lehrende und Gesundheitspersonal müssen für die in der medizinischen Wissensproduktion und -anwendung vorherrschende Normierungen von Personen sensibilisiert werden. Dazu gehört auch eine Sensibilisierung über die Unsichtbarmachung derer, die der vermeintlichen Norm nicht entsprechen.

- Rassismus- und diskriminierungskritische Inhalte und Haltungen müssen in der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe vermittelt werden.
- Dafür bedarf es eines kontinuierlichen Evaluationsprozesses, der sicherstellt, dass rassismus- und diskriminierungskritische Perspektiven nachhaltig und effektiv in die Curricula eingebaut und regelmäßig angepasst werden.
- Hierfür ist wichtig, dass rassismus- und diskriminierungskritische Inhalte mit konkreten Lernzielen als verpflichtende Lerninhalte im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) aufgenommen werden und damit Voraussetzung für die Approbation werden.





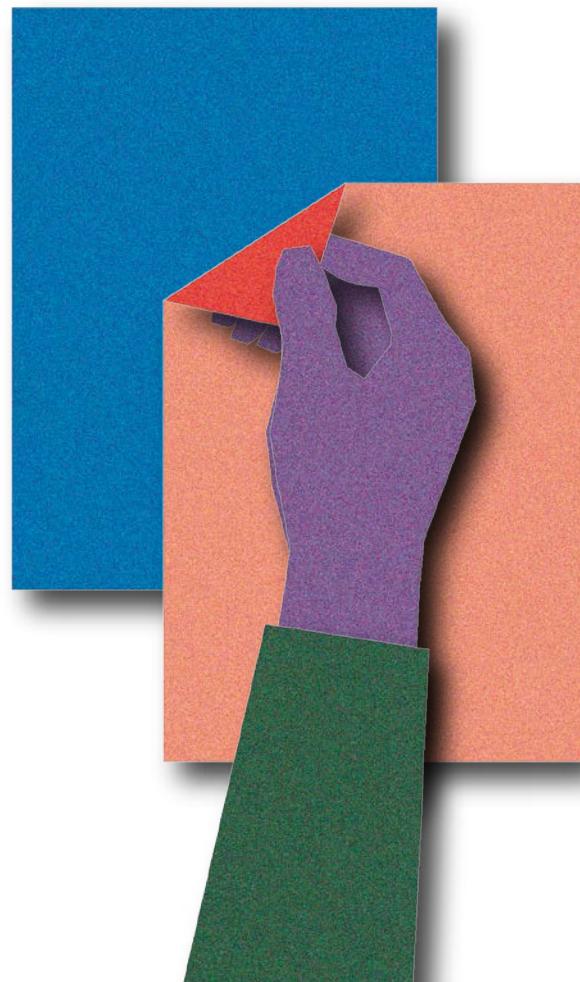
Du bist in eine Gesellschaft hineingeboren worden, die Dir mit brutaler Offenheit und auf vielfältige Weise zu verstehen gibt, dass Du ein wertloser Mensch bist.“

- JAMES BALDWIN (NACH DER FLUT DAS FEUER 2019)

2.4 Rassismus in der Gesundheitsversorgung und Recht auf Gesundheit

Gesundheit ist ein fundamentales Menschenrecht⁴, doch die Verteilung von Ressourcen spiegelt bestehende Macht- und Ungleichheitsverhältnisse wider. Rassismus wirkt dabei doppelt: 1) als Strukturprinzip, das den Zugang, die Inanspruchnahme und die Qualität der Versorgung ungleich macht, und 2) als gesundheitsschädlicher Stressor. Beide Ebenen – Rassismus als Treiber von Versorgungsungleichheiten und als Risikofaktor für Gesundheit – sind gut belegt in der internationalen Forschung zu den sozialen Determinanten von Gesundheit (vgl. Elias & Paradies, 2021) und bilden den Rahmen für die folgenden Analysen und Empfehlungen unseres Berichts.

Die internationale Forschung zu Rassismus in der Gesundheitsversorgung ist vergleichsweise jung (vgl. Hamed et al. 2022). Studien aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum belegen, dass Rassismus in unterschiedlichen Settings der Gesundheitsversorgung (z.B. Krankenhäuser, Ärzt*innenpraxen) vorkommt und sich in Interaktionen zwischen verschiedenen Akteur*innen (z. B. Patient*innen, Ärzt*innen, Krankenpflegepersonal) wiederfindet (vgl. Bastos, Harnois & Paradies 2018; Mahabir et al. 2021; Mateo & Williams 2020). Dabei kommt die Mehrheit dieser Arbeiten zu dem Schluss, dass Diskriminierung in Kontexten der Gesundheitsversorgung nicht bloß zur Aufrechterhaltung und Verstärkung gesundheitlicher Ungleichheiten beiträgt (vgl. Ryn et al. 2011), sondern auch nachhaltig beeinflusst, wie Betroffene Versorgungsangebote in Anspruch nehmen, wie viel Vertrauen sie dem Gesundheitssystem entgegenbringen und in welchen Mustern sie mit der Gesundheitsversorgung interagieren (vgl. Ben et al. 2017). In Deutschland besteht hierzu weiterhin ein grundlegender Forschungsbedarf (vgl. Braun & Zeeb 2021).



⁴ Das Recht auf Gesundheit ist in Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung für Menschenrechte (vgl. Vereinte Nationen 1948) sowie in Artikel 12 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (vgl. Generalversammlung der Vereinten Nationen 1966) verankert. Gemäß Artikel 12 Absatz 1 des Sozialpaktes erkennen die Vertragsstaaten das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an. Deutschland hat den Sozialpakt 1973 ratifiziert.

2.4.1. Rassismus gegenüber Patient*innen

Vor dem Hintergrund der skizzierten kolonialen Kontinuitäten in Wissen, Forschung und Bildung richtet der folgende Abschnitt den Blick auf die Folgen in der Versorgungspraxis: auf die Erfahrungen von Patient*innen mit Rassismus – von Terminvergabe und Interaktion bis zu Diagnostik, Therapie und Gesundheitsoutcomes. Im Folgenden werden zentrale Befunde und Mechanismen zusammengefasst. Empirische Studien zeigen, dass rassistische Diskriminierung Zugänge zur Gesundheitsversorgung sowie deren Qualität und Inanspruchnahme beeinträchtigt. So belegen bspw. Hamed et al. (2020) für Schweden, Deutschland und Portugal Rassismuserfahrungen als strukturelle Gewalt, die sich negativ auf den Zugang und die Qualität der Gesundheitsversorgung auswirkt. Eine explorative Studie in Deutschland mit bundesweiter Stichprobe, in der bis auf Namen und Gender der anfragenden Person identische Terminanfragen an zufällig ausgewählte Praxen versandt wurden, zeigt zudem: Patient*innen mit in Nigeria oder der Türkei verbreiteten Namen erhalten seltener eine positive Rückmeldung als Patientinnen mit in Deutschland verbreiteten Namen (DeZIM 2023, S. 139). In deutschen Hausarztpraxen berichten Schwarze Patient*innen und Personen mit Migrationsgeschichte von Respektlosigkeit, Nicht-Anerkennung als Gesprächspartner*innen und **Othering**; auf Seiten des Fachpersonals finden sich abwertende Haltungen, Distanz sowie kollektive rassifizierende Zuschreibungen (z. B. vermeintlich höhere Schmerztoleranz oder Hypersexualität), die u.a. zu Fehldiagnosen und Therapieverzögerungen führen (vgl. Gerlach, Becker & Abholz 2008; Gerlach et al. 2012; Hamed et al. 2020; Aikins et al. 2021; Gangarova et al. 2025a).

Der Bericht ‚Rassismus und seine Symptome‘ des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors (NaDiRa) liefert zudem erste repräsentative Befunde zu Rassismus in der Gesundheitsversorgung. Bei der Befragung nahmen mehr als 21.000 Personen in Deutschland teil. Demnach sind Rassismuserfahrungen in medizinischen Kontexten

weit verbreitet; knapp ein Drittel der rassistisch marginalisierten Befragten berichtet, dass Beschwerden nicht ernst genommen wurden. Besonders betroffen sind Frauen: muslimische Frauen (39 %) und asiatische Frauen (37 %) geben an, aus Gründen von rassistischer Diskriminierung die Arztpraxis gewechselt zu haben (vgl. DeZIM 2023). Qualitative NaDiRa-Studien verdeutlichen, wie muslimische und/oder Schwarze Menschen durch Stereotypisierung als ‚Andere‘ markiert werden: Schwarze Frauen berichten von Hypersexualisierung und häufiger angebotenen Testungen auf HIV; muslimisch gelesene Frauen wird demgegenüber eine eigenständige Sexualität abgesprochen, wodurch etwa notwendige Testungen auf sexuell übertragbare Infektionen unterbleiben (vgl. Gangarova et al. 2025a).

Zuvor erfasste der Afrozensus (2021) als erste systematische, **Communities**-basierte Erhebung zu Anti-Schwarzem Rassismus in Deutschland Diskriminierungserfahrungen in verschiedenen Lebensbereichen, darunter das Gesundheitswesen – aus Perspektive von Patient*innen und Gesundheitsfachkräften (vgl. Aikins et al. 2021). Von den Befragten mit Erfahrungen im Gesundheitssektor berichten 64,6 % Diskriminierung (3.385 Teilnehmende) und systematische Entwertung von Patient*innenaussagen (‘Beschwerden werden nicht ernst genommen’).

Historischer Exkurs: Schmerz und koloniale Kontinuitäten

Koloniale und rassistische Vorstellungen über Schmerz – etwa die Annahme einer ‚höheren Schmerztoleranz‘ bei Schwarzen Menschen – haben eine lange Geschichte, u. a. in den gewaltvollen gynäkologischen Experimenten von J. Marion Sims, die er zwischen 1845 und 1849 in den USA an elf Schwarzen versklavten Frauen durchführte (vgl. Washington 2006). Diese Wissensbestände sind institutionell verankert und wirken bis heute in der Ausbildung und in der Versorgungspraxis fort:

Sie beeinflussen Diagnostik und Therapie, führen zur Unterversorgung bzw. Unterbehandlung von Schmerzen oder zu verzögerter Diagnostik, besonders bei rassifizierten Patient*innen (vgl. Hoffman et al. 2016). In Deutschland zeigt dies der abwertende Begriff „Mittelmeersyndrom“, der Schmerzäußerungen kulturalisiert und Beschwerden vorschnell abtut, statt strukturelle und klinische Faktoren ernst zu nehmen (vgl. <https://www.zm-online.de/news/detail/so-schwer-haben-es-patienten-mit-morbus-bosporus>). Diese Kontinuitäten machen deutlich: Rassistisches Wissen prägt institutionelle Abläufe und Praktiken – mit direkten Folgen für Diagnostik, Behandlung und Outcomes.

Insgesamt zeigen NaDiRa und Afrozensus, wie rassistische Wissensbestände und Verhaltensmuster zu ausbleibenden Terminen, langen Wartezeiten, Fehleinschätzungen oder Leugnungen von Beschwerden sowie zu verzögerten oder verweigerten Behandlungen führen. Die häufig genannten Folgen sind Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem, Meidung medizinischer Leistungen und eine Verschlechterung psychischer wie physischer Gesundheit (vgl. Aikins et al. 2021; DeZIM 2023; Gangarova et al. 2025a).

Erste Hinweise darauf, wie ökonomische und organisationale Strukturen zur Reproduktion von Rassismus beitragen, liefern Schödwell et al. (2022): Die Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung – insbesondere DRG-System und fehlende Kostenübernahme für Sprachmittlung – können bestehende Diskriminierungen verstärken. Dies beeinträchtigt besonders den Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung, wo der Mangel an professioneller Sprachmittlung gravierend ist (vgl. Böttche et al. 2016). Gerade in psychischen Krisen – diagnostisch wie therapeutisch auf sprachliche Verständigung angewiesen – mindert der Rückgriff auf Angehörige oder ungeschultes Personal die Versorgungsqualität erheblich.

An die strukturellen Befunde anschließend zeigt sich ein Mangel an rassismuskritischen Kompetenzen in der (psychischen) Gesundheitsversorgung: Eine tragfähige therapeutische Beziehung erfordert den sensiblen Umgang mit Machtasymmetrien und die Reflexion sozialer Positionen von Therapeut*innen und Klient*innen (vgl. Lerch 2019; Yeboah et al. 2024). Empirisch berichten rassistisch marginalisierte Personen auch im psychotherapeutisch/psychiatrischen Setting (Mikro-)Aggressionen, Stereotypisierungen und **Othering** (vgl. Aikins et al. 2021; Quadflieg et al. 2025). Die Defizite wurzeln in der unzureichenden Verankerung dieser Themen in Studium und Weiterbildung (vgl. Schwerpunkt 3) und werden durch fehlende therapeutische Materialien und Manuale für marginalisierte Gruppen verstärkt (vgl. Quadflieg et al. 2025). Hinzu kommt die schwierige Therapieplatzsuche: Im NaDiRa gaben über die Hälfte der zuvor diskriminierten Befragten an, die Psychotherapieplatzsuche abgebrochen zu haben – gegenüber rund einem Fünftel nicht rassistisch marginalisierter Personen (vgl. DeZIM 2023). Gründe sind u. a. fehlende rassismuskritische Kompetenzen bei weißen Therapeut*innen und der Mangel an Therapeut*innen of Color mit Kassensitz (vgl. Aikins et al. 2021).

Darüber hinaus legen empirische Daten nahe, dass rassistisch marginalisierte Personen in der Psychiatrie überproportional von Zwangsmaßnahmen (z.B. Fixierung, Isolierung und Zwangsmedikation) und Unterbringung betroffen sind; international wird dies besonders für Männer gezeigt (vgl. Barnett et al. 2019). Mögliche Mechanismen sind rassistische Verzerrungen in der Gefahreneinschätzung (durch stereotypisierende Zuschreibungen wie ‚verrückt‘, ‚gefährlich‘, ‚gewalttätig‘) und Entscheidungen unter Zeitdruck, die rassistische Fehleinschätzungen begünstigen (vgl. Keating 2016; Faissner & Braun 2024). Für Deutschland fehlen systematische Studien; Todesfälle wie William Tonou-Mbobda (26. April 2019, Universitätsklinik Eppendorf in Hamburg) und Mouhamed Lamine Dramé (8. August 2022, psychische Ambulanz in Dortmund) illustrieren jedoch die besondere Gefährdung durch institutionelle Gewalt in psychischen Krisen (vgl. Afeworki Abay 2025). Beide starben infolge unverhältnismäßiger Gewaltanwendung durch Wachpersonal bzw. die Polizei (vgl. Faissner & Braun 2023).

2.4.2 Entrechtung per Gesetz: Kolonial-rassistische Regime der Versorgung gegenüber Asyl- suchenden und Menschen ohne Papiere (illegalisierte Menschen)

Die im Asylbewerberleistungsgesetz verankerte Einschränkung der Gesundheitsleistungen für Asylsuchende (§§ 4 und 6, AsylbLG) bestimmt über die medizinischen Handlungsoptionen. Laut AsylbLG haben Asylsuchende in den ersten 36 Monaten ihres Aufenthalts lediglich einen eingeschränkten Anspruch auf die Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, eine Betreuung bei Schwangerschaft und Geburt sowie auf Impfungen (vgl. Gottlieb & Schüller 2021). Die gesetzlich vorgeschriebene Vergabe von Behandlungsscheinen für Geflüchtete durch die Sozialämter, die in sieben Bundesländern noch der Fall ist, führt zusätzlich zur Verzögerung oder sogar Verhinderung der medizinischen Behandlung von kranken Menschen (vgl. Lindner 2022). Dabei entscheidet nicht medizinisch qualifiziertes Personal über die Notwendigkeit einer solchen Behandlung. Solche kolonial-rassistischen Praktiken, „verweisen nicht nur auf die Brüchigkeit nationaler Einheit, sie verdammen Migranten und Migrantinnen auch dazu, im Raum der Differenz zu bleiben“ (Castro Varela 2013, S. 49).

Good-Practice-Beispiel: Berlin – eGK für Geflüchtete

Seit 4. Januar 2016 wurde in Berlin schrittweise die elektronische Gesundheitskarte (eGK) für Geflüchtete eingeführt. Die eGK vereinfacht Abläufe, schafft finanzielle Transparenz und baut Zugangsbarrieren

ab, ohne die Kosten zu erhöhen (Ohm et al., 2020). Nichtsdestotrotz bleiben die in den Paragraphen 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes festgeschriebenen Einschränkungen der medizinischen Versorgung für Asylsuchende in den ersten 36 Monaten wirkmächtig und müssen weiterhin politisch problematisiert werden.

Darüber, wie Asylsuchende ihren Zugang zur Gesundheitsversorgung erleben, ist wenig bekannt. Eine kürzlich veröffentlichte partizipative Studie zum Anti-Schwarzen und Anti-muslimischen Rassismus in der Gesundheitsversorgung veranschaulicht, wie das AsylbLG über Institutionen (Sozialamt und ärztliche Praxen) und ihre Mitarbeitenden wirkt: durch nicht bewilligte oder reduzierte medizinische Leistungen und durch unsachgemäße Vorbeurteilungen (vgl. Gangarova et al. 2025a). Wenngleich Rassismus nicht explizit benannt wird, liefern weitere qualitative Studien Hinweise auf rassistische Diskriminierung, die sich in Form von Ablehnungserfahrungen, Behandlungsverzögerungen, Fehlbehandlungen und Sprachbarrieren äußert (vgl. Spura et al. 2017; Nowak & Hornberg 2023; Bolokan 2025).

Menschen ohne Papiere (illegalisierte Menschen) haben zwar einen Anspruch auf eingeschränkte medizinische Versorgung, die durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt ist. In der Praxis wird jedoch der Zugang zu dieser Versorgung durch die geltende Übermittlungspflicht (§ 87 Abs. 2 AufenthG) behindert. Um gesundheitliche Versorgung in Anspruch nehmen zu können, müssen Menschen ohne Papiere zuvor beim zuständigen Sozialamt einen Krankenschein beantragen. Das Sozialamt ist jedoch gesetzlich verpflichtet, Menschen ohne Papiere an die Ausländerbehörde zu melden. Wenden diese sich also an das Sozialamt, droht ihnen die Abschiebung. So können Menschen ohne Papiere ihr Recht auf gesundheitliche Versorgung de facto nicht in Anspruch nehmen (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte 2008; Gesellschaft für Freiheitsrechte/ Ärzte der Welt 2021). Stattdessen sind sie häufig auf unterfinanzierte, nichtstaatliche, zum Teil ehrenamtliche Parallelstrukturen angewiesen, die keine nachhaltige, flächen-deckende und adäquate Gesundheitsversorgung sicherstellen können. Nicht selten müssen Menschen ohne Papiere auf die anonymen Angebote der Parallelstrukturen verzichten – aus Angst vor Abschiebung (vgl. Dieterich, Schüller & Gangarova 2025).

Die Hierarchisierung der Zugänge zum Gesundheitsversorgungssystem resultiert aus der Verknüpfung des Rechts auf Gesundheit mit dem Aufenthaltsstatus. Eine solche Einschränkung stuft

Gesundheit von einem Menschenrecht zu einem Bürgerrecht herab (vgl. Ooms, Keygnaert & Hammonds 2019) und trägt zur sozialen Exklusion der betroffenen Menschen bei (vgl. Gangarova et al. 2025a; Afeworki Abay 2023). Die Einschränkung von Gesundheitsleistungen aufgrund der nationalen Herkunft der Schutzsuchenden verstößt somit gegen ihr Menschenrecht auf Gesundheit.

2.4.3 Rassismus gegenüber medizinischem Personal

Rassismus prägt auch die Arbeitswelt im Gesundheitswesen: Othering, das Absprechen von Kompetenz und internalisierte rassistische Wissensbestände bleiben oft unbearbeitet und wirken sich unmittelbar auf BIPoC im medizinischen Personal aus. Trotz ihrer beruflichen Position berichten rassistisch marginalisierte Ärzt*innen von alltäglichen Erfahrungen von Anti-Schwarzem Rassismus und zusätzlichen Mehrbelastungen – bis hin zu wiederholten Arbeitsplatzwechseln nach Vorfällen (vgl. Aikins et al. 2021). Rassismus gegenüber (angeworbenen) Pflegefachpersonen ist international wissenschaftlich gut dokumentiert – z.B. bzgl. Kompetenzabsprache, unverhältnismäßigen Arbeitspensum und Mikroaggressionen (vgl. Likupe & Archibong 2013; Estacio & Saidy-Khan 2014; Hamed et al. 2022; Beagan et al. 2023). Auch in Deutschland häufen sich Berichte über rassistische Diskriminierung unter Kolleg*innen, unfaire Behandlung durch Vorgesetzte oder von Krankenhäusern und Vermittlungsagenturen aufgesetzte ‚Knebelverträge‘, die die angeworbenen Krankenpfleger*innen an den jeweiligen Arbeitsplatz binden sollen und bestehende Abhängigkeiten verstärken (vgl. Ritter 2022; Lugert-Jose 2022, 2023; Ritter 2023).

So zeigt eine aktuelle qualitative Studie (vgl. Gangarova et al. 2025b), dass international angeworbene Pflegekräfte auf verschiedenen Ebenen der Beschäftigung und durch Patient*innen, Kolleg*innen und Vorgesetzte Rassismus erfahren. Visa-Beschränkungen und finanzielle Abhängigkeiten schaffen einen Rahmen, der häufig zu prekären Lebensumständen führt. Diese Prekarität setzt sich über institutionelle Praktiken fort, wie ein Narrativ der ‚Aberkennung‘

durch generalisierende und Komplexitätsreduzierende Anerkennungsverfahren, mangelhafte Unterstützung durch Arbeitgebende, ungleiche Behandlung durch Vorgesetzte, Kolleg*innen und Verwaltung bis hin zu Druck erzeugenden Handlungen im Kontext von Verträgen und Aufenthaltstiteln. Diese Verhältnisse spiegeln sich auf interpersoneller Ebene in rassistischen Wissensbeständen und Praktiken von Patient*innen, vor allem aber von Teamkolleg*innen und Vorgesetzten wider. Hierzu gehören der Missbrauch von Sprachbarrieren (z.B. zur Kompetenzabsprache), Bloßstellen und Demütigungen, gezielte Fehlersuche und Mikroaggressionen bis hin zu physischen Übergriffen (vgl. Gangarova et al. 2025b).

Eine andere, aktuell laufende qualitativ-rekonstruktive Analyse aus der Perspektive von professionell Versorgenden in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen beleuchtet unter anderem, wie rassistisch marginalisiertes medizinisches Personal in Deutschland den Berufsalltag erlebt. Schwarze und andere rassistisch marginalisierte Studienteilnehmende berichten von regelmäßigen Mikroaggressionen, systematischer Abwertung und strukturellen Barrieren, die ihre Gesundheit wie auch ihre beruflichen Perspektiven massiv beeinträchtigen. Die Ergebnisse zeigen klar: Institutionen, die eigentlich Fürsorge garantieren sollen, reproduzieren stattdessen rassistische Strukturen (vgl. im Rahmen des RiGeV Projekts 2025, in Vorbereitung).

Damit schließt sich der Bogen: Über rassistische Strukturen werden koloniale Hierarchien in Curricula, Arbeitskonzepten, Leitlinien, Diagnostik, der medizinischen Versorgung und im Arbeitskontext von rassistisch marginalisiertem medizinischem Personal fortgeschrieben – von Auslassungen, pathologisierenden Narrativen, Fehldiagnostik bis zu Zugangsbarrieren. Kolonialismus endet nicht im Archiv, sondern strukturiert die Gesundheitsversorgung durch rassistische Praktiken, wessen Schmerz geglaubt, wessen Leben geschützt und wessen Daten erhoben werden. Auch in Deutschland wirkt Rassismus als zentrale Barriere der Gesundheitsversorgung, (re)produziert Ausschlussmechanismen und hindert Menschen daran, ihr Recht auf Gesundheit zu verwirklichen (vgl. Abdel-Fatah et al. 2025). Er ist daher als maßgebliche

Soziale Determinante von Gesundheit anzuerkennen und entsprechend systematisch zu adressieren (vgl. Kajikhina et al. 2023; Abay, Ihring & Garba 2025).

2.4.5 Rassismus als Risikofaktor für Gesundheit (Gesundheitsoutcomes)

Rassismus ist eine zentrale soziale Determinante von Gesundheit, die Körper und Psyche über den gesamten Lebensverlauf prägt. Internationale Forschung belegt konsistent gravierende Unterschiede in Morbidität, Lebenserwartung und Mortalität, die sich über die Zeit verstärken und über Generationen verfestigen (vgl. Williams et al. 2019; Bailey et al. 2021; Krieger 2021). Rassismuserfahrungen erhöhen das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hypertonie und Diabetes (vgl. Wyatt et al. 2003) und sind mit höheren Raten affektiver, psychotischer sowie Substanzkonsum-Störungen verbunden – Depressionen zählen dabei zu den häufigsten Folgen (vgl. Paradies et al. 2015). Traumatische, durch Rassismus bedingte Ereignisse wirken zusätzlich psychisch belastend und krankheitsfördernd (vgl. Nadal et al. 2014). Ergänzend zu diesen Erkenntnissen zeigen neuere Studien, dass betroffene Personen Rassismus internalisieren können, was wiederum ihr eigenes Selbstwertgefühl stark beeinträchtigen und zu negativen körperlichen und psychischen Gesundheitsfolgen führen kann (vgl. Lazaridou et al. 2023).

Rassistisch marginalisierte Gruppen weisen demnach höhere Raten chronischer Erkrankungen, Mütter- und Säuglingssterblichkeit sowie psychischer Störungen auf und erleben früher altersbedingte Gesundheitsprobleme (vgl. Bailey et al. 2017; Williams et al. 2019; Krieger 2020). Diese Ungleichheiten spiegeln die kumulative Last systemischen wie alltäglichen Rassismus in Gesundheitswesen, Bildung, Wohnen und Polizeiarbeit wider (vgl. Gee & Ford 2011; Nazroo et al. 2020; Hamed et al. 2022). Die Wirkpfade sind direkt – über chronischen Stress und physiologische Prozesse – und indirekt – über strukturelle Barrieren beim Zugang zu Einkommen, Wohnraum, Bildung und Versorgung (vgl. Williams & Mohammed 2013; Nazroo 2024; Aikins et al. 2025). Rassismus ist damit kein

Randphänomen, sondern ein Strukturmerkmal sozialer Ordnung, das rassifizierte Vulnerabilität bis hin zu tödlicher struktureller Gewalt erzeugt (vgl. Bailey et al. 2021; Krumholz et al. 2022; Sharif et al. 2022).

Zunehmend weist auch Forschung in Deutschland auf gesundheitsrelevante Folgen von Rassismus hin: Struktureller Rassismus entfaltet über die Lebensspanne hinweg Wirkung – von frühen psychischen Prägungen über ungleiche Ressourcenverteilung bis zu Bildungs- und Arbeitsmarktzugängen – und setzt bestimmte Gruppen damit einem dauerhaft erhöhten Belastungs- und Krankheitsrisiko aus (vgl. Kluge et al. 2020). Dies kann sich u. a. in höheren Raten psychotischer Störungen bei Schwarzen Menschen

und anderen marginalisierten Gruppen zeigen (vgl. Lazaridou et al. 2023). Die Ergebnisse vom NaDiRa weisen darauf hin, dass Personen mit Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen signifikant häufiger von Symptomen angstbezogener Störungen und depressiver Verstimmungen berichten (vgl. DeZIM 2023). Trotz dieser Befunde besteht weiterhin eine große Wissenslücke zu den Auswirkungen von **Rassifizierung** auf Gesundheit und Entwicklung. Die heutigen Gesundheitsungleichheiten sind kein ahistorisches Zufallsprodukt, sondern Ausdruck kolonialer Kontinuitäten: Kolonialismus wird in der Gegenwart über Rassismus verstetigt – erfahren im Alltag und institutionell fortgeschrieben in Medizin, Forschung und Versorgung.

Kernaussagen

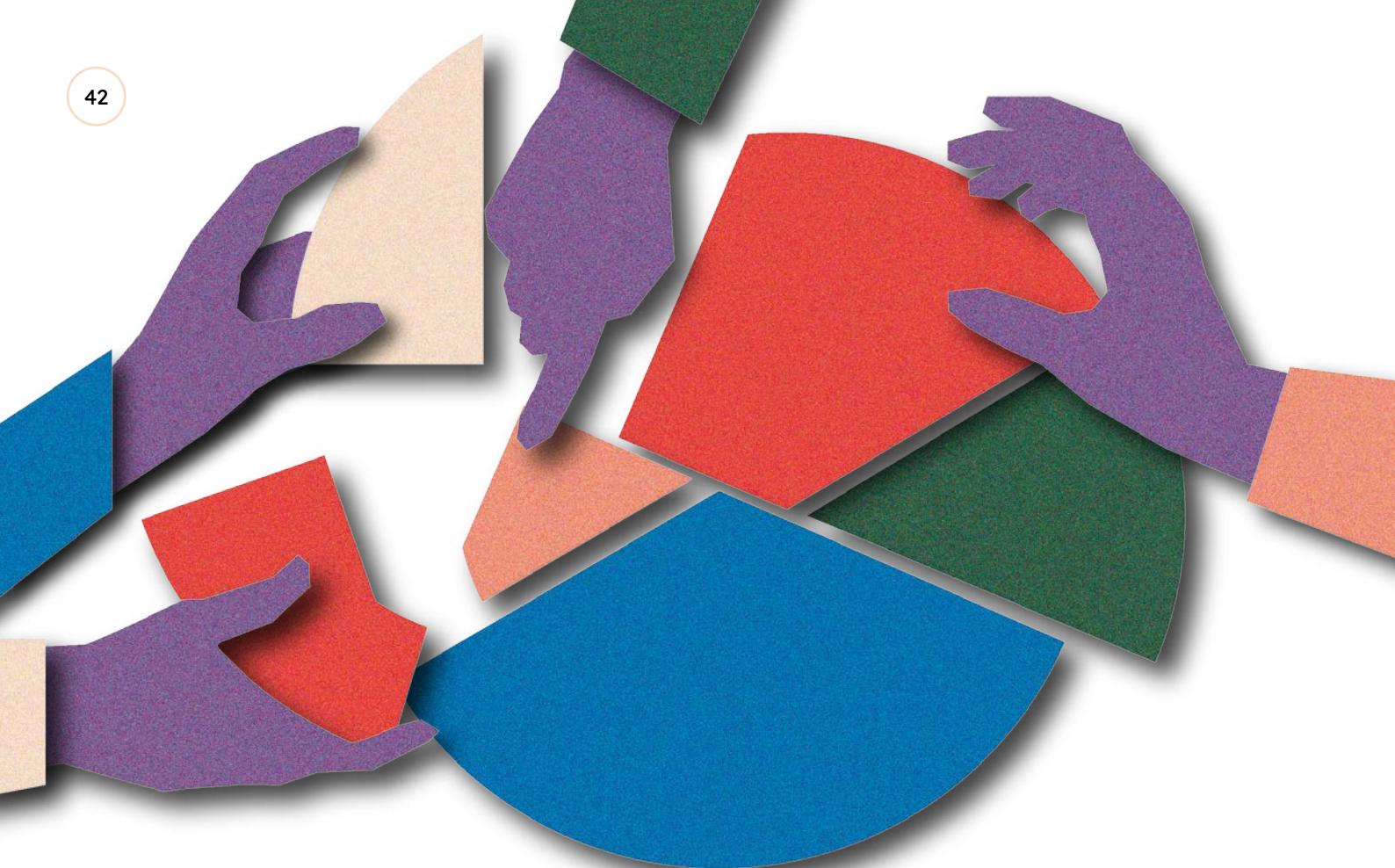
- Rassismus wirkt doppelt: 1) als Strukturprinzip, das den Zugang, die Qualität und die Inanspruchnahme der Versorgung ungleich macht, und 2) als gesundheitsschädlicher Stressor.
- Rassismuserfahrungen erhöhen das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hypertonie und Diabetes und sind mit höheren Raten affektiver, psychotischer sowie Substanzkonsum-Störungen verbunden.
- Diskriminierung im Gesundheitswesen hält gesundheitliche Ungleichheiten aufrecht und verstärkt diese.
- Rassistische Wissensbestände und Verhaltensmuster in der Gesundheitsversorgung können zu ausbleibenden Terminvergaben, langen Wartezeiten, Fehleinschätzungen oder Leugnungen von Beschwerden sowie zur Verzögerung oder sogar Verweigerung von Behandlungen führen.
- Als Folge von Diskriminierung werden ein Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem, das Meiden der Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen und eine Verschlechterung der (psychischen und physischen) Gesundheit beschrieben.
- Zu ökonomisch-organisationalen Strukturen, die eine Reproduktion und Aufrechterhaltung von Rassismus im Gesundheitssektor stützen, zählen sowohl die Arbeitsbedingungen und Ökonomisierung der Krankenhausversorgung (DRG-System/ Fallpauschalen) als auch die fehlende flächendeckende Sprachmittlung inklusive der Kostenübernahme.
- Das sogenannte 'Asylbewerberleistungsgesetz' ist ein Beispiel für strukturelle Diskriminierung auf der Gesetzesebene. Es greift direkt in die medizinische Gesundheitsversorgung ein, indem Asylsuchenden in den ersten 36 Monaten ihres Aufenthaltes lediglich einen eingeschränkten Anspruch auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzuständen, einer Betreuung bei Schwangerschaft und Geburt sowie auf Impfungen zugesprochen wird.
- Menschen ohne Papiere droht bei Beantragung eines Krankenscheins beim Sozialamt potenziell eine Abschiebung, da das Sozialamt dazu angehalten ist, über die geltende Übermittlungspflicht Menschen ohne Papiere an die Ausländerbehörde zu melden.

2.5 Dekolonisierung als Alltagspraxis: Communities-geführte Gesundheitsarbeit

Das gute Recht

„[...] Ich bin da.
 Ich bin viele.
 Ich habe nicht immer recht, doch ich habe Rechte.
 Es wird mir nicht immer gewährt.
 Contra legem.
 Es wird mir mitunter vorenthalten, verweigert, entzogen ...
 Weggezogen, gleichsam weggezogen wie ein Teppich unter meinem Sein in einem Rechtsstaat. Mensch-Sein und Bürger_in-Sein, also.
 Darunter die Grundrechte und die Menschenrechte. Grundrechte und Menschenrechte, also.
 Ich habe das Recht, mich zu wehren.
 Ist das so?
 Warum weiß ich eigentlich so wenig darüber, dass ich mich wehren kann?
 Dagegen.
 Ich habe das Recht zu wissen, wie ich mich wehren kann.
 Ist das so?
 Warum weiß ich eigentlich so wenig darüber, dass und wie ich mich wehren kann?
 Dagegen.
 Ich habe das Recht, alle Informationen zu erhalten, die ich brauche, um Recht zu bekommen.
 Es steht mir zu, alle Ressourcen zu erhalten, die ich brauche, um mein Recht wieder zu erlangen.
 Es ist mein Recht, alle Unterstützung zu erhalten, die ich brauche, um mein gutes Recht durchzusetzen.
 Ist das so?
 Warum weiß ich eigentlich so wenig darüber, was mir gebührt?
 Recht wem Recht gebührt, oder?
 Warum weiß ich so wenig um mein gutes Recht?
 Es braucht und gibt Menschen, die mich über meine Rechte informieren.

Sie sind Sozialarbeiter_innen, Rechtsanwält_innen, Migrationsberater_innen, Aktivist_innen, Community Builder, Bürger_innen ...
 Menschen, die mich auffordern, mein Recht einzufordern.
 Mich animieren und ermutigen.
 Mich schulen darin, von meinen Rechten Gebrauch zu machen.
 Mich informieren und begleiten.
 Mich und meine Stärke wahrnehmen.
 Mich und mein gutes Recht.
 Ich bin da.
 Ich bin viele.
 Ich habe nicht immer recht, doch ich habe Rechte.
 Es ist mein gutes Recht.
 Es wird mir nicht immer gewährt.
 Contra legem.
 Es wird mir mitunter vorenthalten, verweigert, entzogen ...
 Mein Reservoir ist nicht mit der Erfahrung gefüllt, dass ich Rechte habe.
 Mein Reservoir ist nicht mit der Erfahrung gefüllt, dass meine Rechte geachtet und geschützt werden.
 Mein Reservoir ist schon lange nicht mehr mit der Erfahrung gefüllt, dass ich Recht bekomme.
 Mein Arsenal ist nicht mit Menschenrechten gefüllt. Auch nicht mit Grundrechten.
 Es liegt außerhalb von mir.
 Außerhalb.
 Ganz recht, richtig gelesen.
 Ich rufe also staatliche Institutionen an, Recht zu sprechen.
 Instanz für Instanz.
 Institution um Institution.
 Andere rufen mit mir.
 Wir haben einen langen Atem.[...]"



Wie der obenstehende Auszug aus dem Gedicht von Pasquale Virginie Rotter (2020) deutlich macht, sind im kolonial-rassistischen System marginalisierte Menschen aktive Akteur*innen mit eigener Handlungsmacht. Sie entwickeln widerständige Strategien, um sich mit kolonial-rassistischer Ungerechtigkeit auseinanderzusetzen und Widerstand sowie Solidarität aufzubauen. Dort, wo Regelstrukturen versagen oder ausgrenzen, bauen **Communities** eigene Infrastrukturen zur Gesundheitsförderung auf: Beratung, Navigation, psychosoziale Unterstützung, Beschwerdewege, kollektive *Carearbeit*. Beispiele in Berlin sind *Afrikaherz- Verband für Interkulturelle Arbeit* (Zugang zur medizinischen Versorgung mit dem Schwerpunkt HIV/STI), *GLADT e.V.* (Queer, BIPOC-geleitete Beratung/ **Empowerment** mit Fokus auf sexueller Gesundheit), *International Women Space** (refugee-women* Peer-Support), *RomaniPhen e.V.* (Reproduktive Gerechtigkeit für Sinti*zze und Rom*nja), *Haus der vietnamesischen Pflegekräfte* (selbstorganisierter Schutzraum für rassifizierte Pflegekräfte), *BerLUN* (selbstverwaltete russischsprachige Aktivist*innengruppe von drogenkonsumierenden Menschen, die sich für Schadensminderung und Menschenrechte einsetzt, und kranke Menschen dabei

unterstützt, um aus der Illegalität herauszukommen). Sie begreifen und praktizieren Gesundheit nicht als Gunst des Systems, sondern als Menschenrecht, das gemeinsam erkämpft, organisiert und verteidigt wird. Um dieses Recht zu verteidigen oder zurückzuerlangen, werden auch entrechtete Frauen – wie u. a. bei *respect Berlin* – politisch aktiv. Die Frauen von *respect Berlin* setzen sich seit Jahren für die Legalisierung illegalisierter Menschen in Deutschland sowie für die Abschaffung der Übermittlungspflicht, auch im Bereich Gesundheit, ein. Bereits 2011 veröffentlichte der *Migrationsrat Berlin* ein eindringliches Plädoyer für entschlossenes Handeln gegen institutionellen Rassismus – auch im Bereich der Gesundheitsversorgung. Damit war er dem öffentlichen Diskurs in Deutschland um Jahre voraus: lange bevor das weitgehende Schweigen über Rassismus aufgebrochen wurde und eine staatlich geförderte Rassismusforschung in Deutschland etabliert werden konnte. Jahre später (2023) bestätigten deren Ergebnisse schließlich, was der Migrationsrat schon damals wusste und forderte. Die Communities-basierte Ausstellung ‚Viral Intimacies‘ brachte 2025 Künstler*innen, Aktivist*innen und Wissenschaftler*innen aus Berlin zusammen, deren

Lebenswirklichkeiten in der Geschichtsschreibung zu HIV/AIDS lange Zeit vergessen oder zum Schweigen gebracht wurden: trans und cis-Frauen, Menschen aus dem Globalen Süden, rassistisch marginalisierte Personen, inhaftierte Menschen und Sexarbeiterinnen. Gemeinsam suchen die Beteiligten nach Wegen, die Vergangenheit und Gegenwart von HIV/AIDS zu dekolonisieren.

Kennzeichnend für diese Praxis ist:

- **Selbstermächtigung & Navigation:** Das Angebot umfasst Peer-Beratung, Lots*innen- und mehrsprachige Begleitung, sozialrechtliche Beratung sowie Aufklärung über Rechtsansprüche im deutschen Gesundheitssystem.
- **Epistemische Gerechtigkeit:** Community-Erfahrungen werden als primäre Evidenz behandelt (z. B. psychosoziale Angebote, Gewalt-/Rassismus-Beschwerewege bei GLADT/IWS).
- **Beteiligung aus eigener Initiative und zu eigenen Konditionen:** Das Projekt „Meine Gesundheit, mein Glaube – HIV-Prävention in der Kirche“, das in Berlin von Afrikaherz initiiert und koordiniert wird, stellt eine gelungene Kooperation zwischen Migrant*innen-Selbstorganisationen (MSOs), afrikanischen Kirchengemeinden, Gesundheitszentren und Aids-hilfen dar. (https://www.aidshilfe.de/system/files/documents/2020_11_24_deine_gesundheit_dein_glaube_2020_de.pdf)

● **Wissensmobilisierung durch Kunst:** Communities-basierte Ausstellungen wie ‚Viral Intimacies‘ füllen Leerstellen in dominanten Narrativen und tragen dazu bei, die Vergangenheit und Gegenwart von Public Health (in diesem Fall HIV-bezogene Forschung, Versorgung und Prävention) zu dekolonisieren: <https://ngbk.de/de/programm/programm/viral-intimacies>

● **Dekolonisation als Alltagspraxis:** ‚Refusal & Re-Design‘ – Ablehnung stigmatisierender und russifizierender gesundheitsrelevanter Praxisansätze, Etablieren eigener Kriterien für eine gerechte Gesundheitsversorgung – darunter Vertrauen, Zugänglichkeit, Erreichbarkeit, Würde, Kontinuität und Beschwerdefähigkeit.

Communities-getragene Initiativen schließen nicht nur Lücken, sie definieren auch Qualität: Sie machen Barrieren messbar, erzeugen Vertrauen zur Infrastruktur, machen Übersetzung zur Standardleistung und sind damit Träger*innen einer dekolonialen Gesundheitsarchitektur von unten, aus den Communities heraus. Ziel ist vor allem, dem kolonial-rassistischen „weißen Blick“ (Fanon 1985, S. 94) auf die Lebensrealitäten rassifizierter Communities entgegenzuwirken. Dies zeigen auch Projekte, die sowohl in der Praxis als auch in der Community-geführten Wissensproduktion im Kontext von Gesundheit verankert sind – wie etwa RomaniPhen e.V., das Projekt Afrozensus von EachOneTeachOne EOTO e.V. und das Projekt AdiCo-Be-Black (dis)abled Power vom Bund für Antidiskriminierung- und Bildungsarbeit (BDB e.V.).

Kernaussagen

- Im kolonial-rassistischen System sind marginalisierte Menschen aktive Akteur*innen mit eigener Handlungskompetenz: Sie entwickeln Strategien, um sich mit rassistischer Ungerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung auseinanderzusetzen und Widerstand sowie Solidarität aufzubauen.

- Dort, wo Regelstrukturen versagen oder ausgrenzen, bauen Communities eigene Infrastrukturen zur Gesundheitsförderung auf. Diese gilt es strukturell wie institutionell zu verankern, zu stärken und monetär sowie ideell zu fördern.

3.

Glossar

Ableismus

Abgeleitet vom englischen Ausdruck ‚to be able‘ (fähig sein) bezeichnet der Begriff ‚Ableism‘ (Ableismus) die machtvollen gesellschaftlichen Praxen, die als normativer Maßstab zur Beurteilung der Leistungsfähigkeiten von Menschen angewendet, in der körperliche und/oder kognitive Fähigkeiten von Menschen durch ein kapitalistisch orientiertes Prinzip der Normalisierung und Hierarchisierung zugeschrieben werden.

Agency

Agency bezeichnet die Fähigkeit von Personen oder Gruppen, als handlungsfähige Akteur*innen zu wirken. Der Begriff umfasst zum einen das Treffen von Entscheidungen und die tatsächliche Realisierung von Handlungen innerhalb spezifischer sozialer, struktureller und materieller Bedingungen und zum anderen die Möglichkeit, diese Handlungsbedingungen selbst zu verändern.

Capacity Building

Capacity Building beschreibt einen Prozess, der zu einer gezielten, nachhaltigen und langfristigen Stärkung von Fähigkeiten, Ressourcen und Strukturen von Communities beiträgt, sodass diese befähigt werden, sich gleichberechtigt und selbstbestimmt an *Communities-based/driven/owned* Forschung zu beteiligen.

Cis

Der Begriff ‚cis‘ bezeichnet Personen, deren Geschlechtsidentität mit dem Geschlecht übereinstimmt, das ihnen bei ihrer Geburt zugewiesen wurde. Es wird häufig als Gegenbegriff zu ‚trans*‘ verwendet, einem Überbegriff für Personen, deren Geschlechtsidentität nicht oder nicht nur mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht übereinstimmt.

Clearingstellen

Clearingstellen unterstützen Menschen ohne Krankenversicherung oder mit unklarem Krankenversicherungsstatus, z.B. Menschen ohne Papiere oder EU-Bürger*innen, die keinen (geklärten) Krankenversicherungsschutz haben, und versuchen ihre Integration ins reguläre Gesundheitssystem. Je nach Konzept ermöglichen sie auch bei nicht einlösbarer Leistungsansprüchen eine medizinische Behandlung.

Communities

Der Begriff Communities wird bewusst im Plural verwendet, weil es nicht ‚die eine Community‘ gibt; Menschen bringen unterschiedliche sozio-kulturelle Hintergründe, Erfahrungen, Expertisen und Bedarfe mit. Die Verwendung des Begriffs im Plural macht diese Heterogenität sichtbar, vermeidet pauschale und essentialisierende Zuschreibungen und erkennt an, dass Zugehörigkeiten dynamisch sind, die sich je nach gesellschaftlichen Kontexten und Positionierungen verschieben. So lässt sich respektvoll über verschiedene Positionen, Zugänge und Ressourcen sprechen, ohne den Eindruck zu erwecken, für ‚alle‘ gleichermaßen sprechen zu wollen.

Communities-based/driven/owned

Forschung

Mit *Communities-based* ist Forschung in den Communities und mit den Communities gemeint. Sie ist feldnah und kooperativ, verschiebt jedoch ohne klare Formen von *Ownership* nicht automatisch Macht. *Communities-driven* kann wiederum heißen, dass *Agenda-Setting*, Fragestellungen und Methodik von Akteur*innen aus den Communities initiiert und/ oder geleitet werden; Hochschulforschende aus derselben Community agieren dabei als methodische Partner*innen. *Communities-owned* schließlich bedeutet, dass *Governance*, Ressourcen und insbesondere die Datenhoheit – einschließlich Vereinbarungen zu Zugang, Nutzung, Urheber*innenschaft und verbindlicher Rückkopplung der Ergebnisse – bei der Community liegen bzw. mit ihr geteilt werden.

Cultural Humility

Unter dem Begriff des *Cultural Humility* (Kulturelle Demut) wird ein fortlaufender Prozess des Lernens und Verlernens von gesellschaftlichen Machtverhältnissen verstanden, die darauf abzielt, in gesundheitsbezogener Forschung und Praxis eine Beziehung zu einer anderen Person mit der Absicht einzugehen, deren Überzeugungen, Bräuche und Werte zu respektieren. Kulturelle Demut ermöglicht eine zwischenmenschliche Haltung, die in Bezug auf kulturelle und soziale Aspekte auf andere ausgerichtet ist. Es bedeutet, Unterschiede anzuerkennen und wertzuschätzen sowie voneinander zu lernen.

Dekolonisierung

Dekolonisierung bezeichnet einen widerständigen und emanzipatorischen Prozess, der darauf abzielt, koloniale Kontinuitäten auf lokaler und globaler Ebene zu bekämpfen und dekoloniale Alternativen für die Wissensproduktion und für die kulturellen, wirtschaftlichen und geopolitischen Beziehungen zu bieten.

Empowerment

Das Konzept Empowerment postuliert, dass durch widerständige Prozesse der kollektiven Selbstbemächtigung marginalisierte Subjekte und Communities, die von Ausgrenzungen aus gesellschaftlichen Ressourcen betroffen sind, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand nehmen können. Empowerment hat seinen Ursprung in den Schwarzen Bürgerrechtsbewegungen in den USA.

Epistemischer Extraktivismus

Unter dem Konzept des epistemischen Extraktivismus wird die hegemoniale Praxis eurozentrischer Wissensproduktion verstanden, die versucht Ideen, Perspektiven und Wissen aus indigenen und rassifizierten Communities zu extrahieren, um sie zu

kolonisieren, indem sie dieses Wissen unter die Parameter der westlichen Epistemologien subsumiert. In diesem Sinne zielt das Konzept darauf, extraktivistische Praxis eurozentristischer Wissensproduktion zu dekolonisieren und politische Forderungen von marginalisierten Communities stärker in den Vordergrund der Wissensproduktion zu stellen.

Epistemische Gewalt

Epistemische Gewalt meint die (intentionale oder nicht-intentionale) Weigerung dominanter Wissensinstitutionen, das Wissen und die Erfahrungen marginalisierter Personen aufzunehmen. Sie zeigt sich beispielsweise durch die Verunmöglichung von Selbstartikulation, also das Nicht-Ernstnehmen oder Zum-Schweigen-Bringen von Sprecher*innen (*Silencing*) oder durch das aktive Ignorieren oder Abwerten von Konzepten (Wissensparadigmen, epistemische Zugänge) und Beiträgen marginalisierter Gruppen.

Epistemische Ungerechtigkeit

Epistemische Ungerechtigkeit bezeichnet Formen der Ungerechtigkeit, bei der Personen spezifisch in ihren Tätigkeiten als Wissende geschädigt werden – zum Beispiel, wenn sie soziale Erfahrungen beschreiben und einordnen, Zeugnis ablegen oder Konzepte zur Beschreibung ihrer Erfahrungen prägen.

Interkulturelle Öffnung

Interkulturelle Öffnung ist ein Konzept der Gesundheitsförderung und -versorgung. Es bedeutet, dass Gesundheitseinrichtungen ihre Strukturen und Angebote so anpassen, dass sie für Menschen mit Migrationshintergrund zugänglich und verständlich sind.

Intersektionalität

Intersektionalität ist ein Analyse- und Praxisansatz, der aus sozialen Graswurzelbewegungen,

insbesondere Schwarzer, feministischer, antiklassischer und lesbischer Aktivist*innen, hervorgegangen ist. Als machtkritisches Analysetool fokussiert Intersektionalität die spezifischen Formen der Diskriminierung, die an den Schnittstellen unterschiedlicher Diskriminierungssysteme (Rassismus, Klassismus, Sexismus, Ableismus etc.) entstehen, und die nicht als bloße Addition von einzelnen Diskriminierungsformen zu verstehen sind. Als Praxis zielt Intersektionalität darauf, soziale Gerechtigkeit zu fördern, indem die mehrdimensionalen Diskriminierungserfahrungen von marginalisierten Gruppen in den Mittelpunkt machtkritischer Gesellschaftsanalyse gestellt werden.

Kolonialität

Kolonialität bezeichnet die Fortsetzung von kolonialen Denk- und Handlungsmustern sowie globalen Herrschaftsformen, rassistischen Vorurteilen und Weltanschauungen sowie Praktiken der Wissensproduktion und internationaler Beziehung in der gegenwärtigen Weltgesellschaft, die auch nach dem Ende des Kolonialismus weiterhin wirksam sind.

Kulturalisierung

Von Kulturalisierung wird gesprochen, wenn die vermeintlichen anderen, nicht-westlichen ‚Kulturen‘ als ausschlaggebende Erklärung für Verhaltensweisen, Handlungen, Alltagspraxis, oder soziale Probleme und gesellschaftliche Verhältnisse herangezogen werden. Dieser oft homogenisierende und komplexitätsreduzierende Prozess stellt die Praxis der Kulturalisierung dar und kann als eine Form von ‚kulturellem Rassismus‘ verstanden werden, da er soziale und kulturelle Unterschiede naturalisiert, diese dann als grundsätzlich verschieden und unvereinbar gegenübergestellt, bestimmte rassifizierte Gruppen in jeweils homogenen Gruppen vereinfacht kategorisiert bzw. homogenisiert und somit die westliche ‚Kultur‘ und Standards als normal ansieht und rassifizierte Gruppen als defizitär betrachtet bzw. hierarchisiert.

Neokolonialismus

Neokolonialismus bezeichnet die neuen Formen von kolonialen globalen Strukturen kapitalistischer Ausbeutung, Externalisierung und Diskriminierung durch die mächtigen westlichen Industrienationen. Diese Abhängigkeitsverhältnisse, die sich nicht durch direkte Herrschaft, sondern durch wirtschaftliche, politische, finanzielle, kulturelle und militärische Abhängigkeiten manifestieren, dienen oft dazu, unter den Bedingungen nationaler Souveränität, wirtschaftliche, kulturelle und geopolitische Vorteile des Westens zu sichern.

Othering

Das an postkolonialen Theorien angelehnte Konzept des *Othering*, beschreibt soziale Prozesse, in denen ein dominantes, homogenes ‚Wir‘ konstruiert wird, das von einem imaginären ‚Anderen‘ abgegrenzt wird. Dabei werden die rassifizierten ‚Anderen‘ als rückständige, religiöse und unzivilisierte homogene Gruppe imaginiert, markiert, verändert und hierarchisch dem vermeintlich aufgeklärten, säkularen und modernen ‚Wir‘ untergeordnet. Dabei bleibt das vermeintlich klare ‚Wir‘ als nicht-definierte und nicht-definierbare ‚Norm‘ vorwiegend aufrechterhalten.

Parallelstrukturen

Parallelstrukturen sind lokal zivilgesellschaftlich sowie kommunal organisierte medizinische Anlaufstellen und Netzwerke, die Zugangsbarrieren zur Regelversorgung kompensieren, indem sie Menschen ohne Papiere, EU-Bürger*innen, Asylsuchende, Drittstaatsangehörige sowie nichtversicherte Deutsche versorgen. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihrer Trägerschaften, Handlungsspielräume und fachlichen Konzepte und umfassen unter anderem MediBüros, MediNetze, „Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung“ der Malteser sowie Humanitäre Sprechstunden. In den vergangenen Jahren sind aus diesen Initiativen zudem sogenannte Clearingstellen hervorgegangen.

Public Health

Public Health (Öffentliche Gesundheit) bezeichnet das Wissenschafts- und Praxisfeld, welches sich mit der Förderung von Gesundheit, der Prävention von Krankheiten und der Reduktion von Krankheitslast auf Bevölkerungsebene beschäftigt. *Public Health* umfasst Maßnahmen, die auf soziale, ökologische und strukturelle Bedingungen von Gesundheit zielen, und verbindet Forschung, Politikgestaltung und Praxis.

Race

Race bezeichnet ein soziales Konstrukt, das Menschen entlang vermeintlich biologischer Merkmale klassifiziert und hierarchisiert. Diese Einteilungen wurden im Kontext kolonialer, wissenschaftlicher und politischer Projekte entwickelt, um Machtverhältnisse, Hierarchien und ungleiche Zugänge zu Ressourcen, Rechten und Anerkennung zu legitimieren und aufrechtzuerhalten. Als gesellschaftliches Ordnungsprinzip (re)produziert Race fortlaufend soziale Positionen, Zugehörigkeiten und Ausschlüsse und ist mit anderen Kategorien wie Klasse und Gender verflochten.

Race-Evasiveness

Race Evasiveness bezeichnet das strategische Ausweichen vor Race und Rassismus, um Auseinandersetzungen zu umgehen. Über *color blindness* – eine ableistische Metapher; die Kritik an Farb-Neutralitäts-Ideologie – hinaus adressiert der Begriff die bewusste Vermeidung einer substanzialen Auseinandersetzung bzw. Anerkennung von Race als sozialem Konstrukt und dessen Verflechtung mit weißer Vorherrschaft, Macht und Privilegien.

Rassifizierung

Rassifizierung beschreibt einen sozialen Prozess, durch den Menschen auf der Basis von wahrgenommenen oder imaginierten Eigenschaften markiert, in unterschiedliche Gruppen eingeteilt und hierarchisiert werden. Diese rassifizierenden sozialen

Prozesse vollziehen sich im Zusammenspiel von historisch gewachsenen, sozio-politischen, materiellen Verhältnissen und rassistischen Wissensbeständen, wodurch strukturelle Macht- und Ungleichheitsverhältnisse aufrechterhalten bleiben.

Silencing

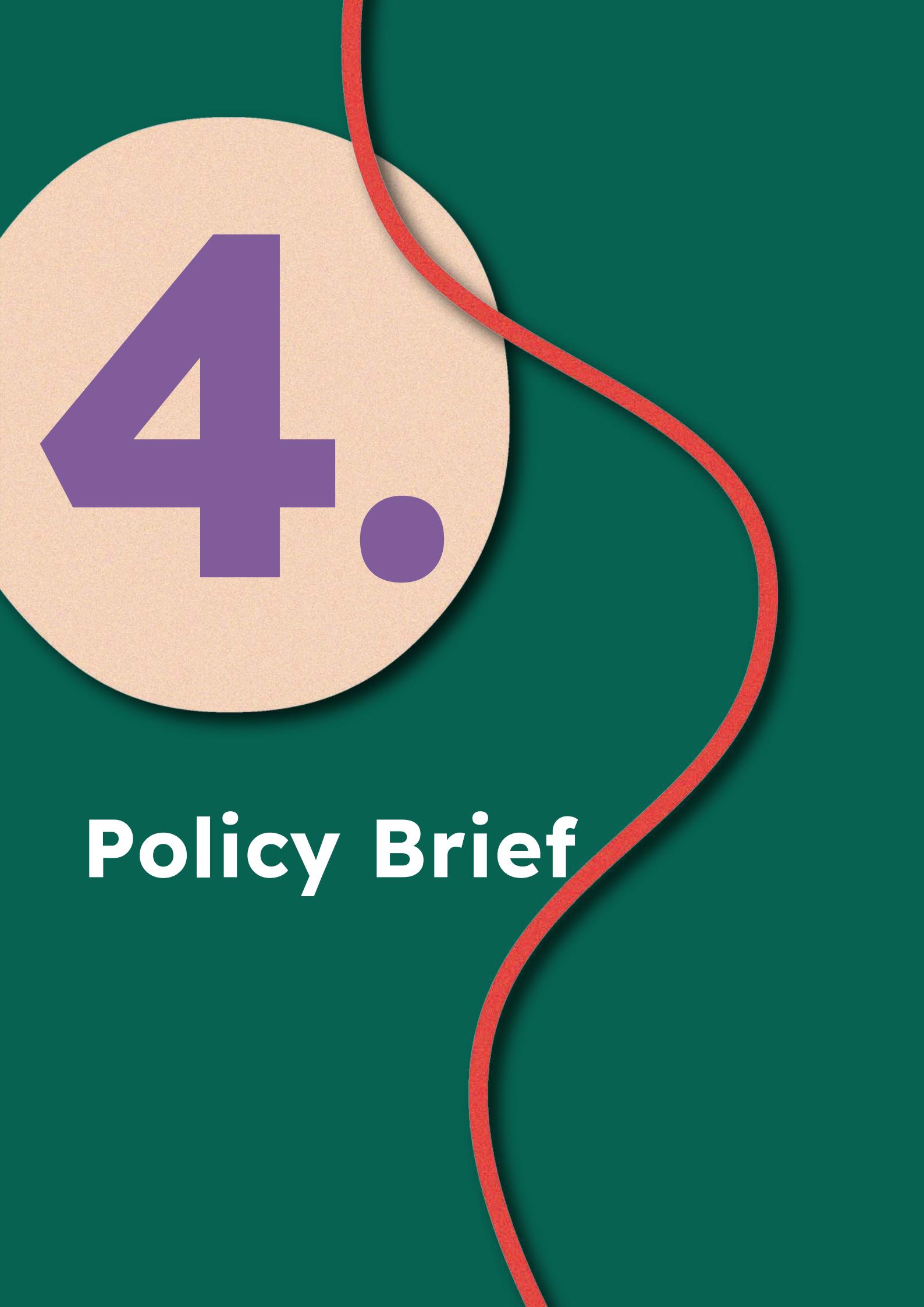
Der im englischsprachigen Diskurs geläufige Begriff des *Silencing* beschreibt die hegemonialen, diskursiven und wissenschaftlichen Praxen der Unsichtbarmachung von Wissensparadigmen, Konzepten, Methodologien und Perspektiven marginalisierter Gruppen. Die Verunmöglichung von Selbstartikulation marginalisierter Gruppen ist zentraler Bestandteil von (neo)kolonialen Wissensordnungen: Durch die hegemonialen Diskurse und gesellschaftspolitischen und wissenschaftlichen Bedingungen werden ihre Stimmen wissentlich zum Schweigen gebracht.

Soziale Determinante von Gesundheit

Soziale Determinanten von Gesundheit beschreiben die strukturellen Bedingungen, die die Gesundheit von Bevölkerungen maßgeblich beeinflussen. Dazu gehören unter anderem Einkommen, Bildung, Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen, soziale Unterstützung, Diskriminierung und Zugang zum Gesundheitssystem.

Wissensdemokratie

Wissensdemokratie ist ein Konzept, das von Budd Hall und Rajesh Tandon geprägt wurde. Es geht davon aus, dass Wissen nicht nur an Universitäten oder in wissenschaftlichen Institutionen entsteht, sondern auch in Gemeinschaften, in alltäglicher Praxis und durch Lebenserfahrungen. Wissensdemokratie fordert daher die Anerkennung verschiedener Wissensformen (z. B. akademisches, indigenes und erfahrungsbasiertes Wissen), den Zugang zu Wissen für alle Menschen, die Ko-Kreation von Wissen sowie die Dissemination von Wissen in unterschiedlichen Formaten, die über rein akademische Veröffentlichungswege hinausgehen.



40

Policy Brief

Das **Recht auf Gesundheit** ist ein fundamentales Menschenrecht. Es beinhaltet den Anspruch aller Menschen auf Zugang zu rechtzeitiger, erschwinglicher und qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung. In Deutschland bleibt dieses Recht für rassistisch marginalisierte Menschen jedoch häufig unerreichbar. Gesellschaftliche Macht- und Ungleichheitsverhältnisse schränken ihre gleichberechtigte Teilhabe am Gesundheitssystem ein.

Rassismus wirkt sich gleichzeitig auf verschiedene Bereiche aus:

- **Rassismus** wirkt als **gesundheitsschädlicher Stressor**: Rassismuserfahrungen erhöhen das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Hypertonie und Diabetes und sind mit höheren Raten affektiver, psychotischer sowie Substanzkonsum-Störungen verbunden.
- **Rassismus beeinträchtigt den Zugang** zur und die **Qualität der Gesundheitsversorgung** mit negativen Auswirkungen auf die Inanspruchnahme und das Vertrauen in das Gesundheitssystem.
- **Rassismus** zeigt sich in institutionellen **Wissensbeständen**, die von **kolonialen Denk- und Handlungsmustern** geprägt sind und weiße Wissens- und Handlungsweisen als legitim (als Norm) etablieren.
- **Rassismus** kann durch die **Lehre sowie Aus- und Weiterbildung von medizinischem Personal** reproduziert werden, etwa indem rassistische Wissensbestände unkritisch weitergegeben werden. Gleichzeitig bleibt Wissen über **strukturellen Rassismus** und die spezifischen **Gesundheitsbedarfe** rassistisch marginalisierter Personen häufig unberücksichtigt.

4.1 Problemfelder

4.1.1 Rassismus und koloniale Kontinuitäten in der Forschung

- Wenn Erfahrungen, Perspektiven und Wissensformen rassistisch marginalisierter Personen in der Gesundheitsforschung unsichtbar gemacht, verzerrt oder delegitimiert werden spricht man von **epistemischer Gewalt**.
- Epistemische Gewalt wirkt
 - indem Wissensproduktion als neutral dargestellt wird, tatsächlich jedoch koloniale Kontinuitäten fortschreibt und **gesundheitliche Ungleichheiten** verschleiert.
 - wenn gesundheitliche Ungleichheiten **naturalisiert** (als Ausdruck biologischer Unterschiede erklärt) werden oder **kulturalisiert** (als Ausdruck von Verhaltensunterschieden in bestimmten, „nicht-westlichen Kulturen“ erklärt) werden.

4.1.2 Rassismus und koloniale Kontinuitäten in der Aus- und Weiterbildung

- In medizinischen Lehrmaterialien werden rassistisch markierte Patient*innen weitgehend **nicht berücksichtigt**. Dies betrifft unterschiedliche Wissensbereiche:

- Abbildungen (z.B. dunkler Hauttypen in dermatologischen und anderen Lehrmaterialien)
- Thematisierung von Rassismus und rassistischen Gesellschaftsverhältnissen als Ursache und Auslöser von Krankheiten
- Aufarbeitung kolonial-historischer Hintergründe von medizinischem Wissen
- Wenn rassistisch markierte Gruppen benannt werden, werden sie häufig als ‚fremd‘/„gefährlich“/„anders“/„besonders herausfordernd“ bezeichnet. Sie werden oft **stereotypisiert** und pauschal in Verbindung gebracht mit
 - bestimmten Krankheitsbildern (z. B. HIV oder Tuberkulose)
 - bestimmten Verhaltensweisen (z. B. Alkohol- und Drogenkonsum)

4.1.3 Rassismus und koloniale Kontinuitäten in der Versorgungspraxis

- Leitlinien bestimmen Qualitätsstandards klinischer Praxis und stellen damit einen zentralen **institutionellen Hebel** dar. Wenn Leitlinien ‚Race‘ als biologische Kategorie benutzen (etwa in Algorithmen), führt das zu Behandlungsnachteilen für rassistisch marginalisierte Patient*innen.
- Diskriminierung bei **Terminvergaben**, lange **Wartezeiten, Fehldiagnosen** oder Absprechen von Beschwerden können zur **Verzögerung** oder gar **Verweigerung** von Behandlungen führen.
- Diskriminierungserfahrungen führen zum **Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem, Meiden** der Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen und **Verschlechterung** der (psychischen und physischen) **Gesundheit**.
- **Fehlende flächendeckende Sprachmittlung** inkl. Kostenübernahme trägt zur Reproduktion und Aufrechterhaltung von Rassismus im Gesundheitssystem bei.
- **Mitarbeitende im Gesundheitswesen** erleben rassistische Diskriminierung durch Kolleg*innen und Patient*innen. Auf institutioneller Ebene wird dies durch Mangel an Beschwerdestrukturen und durch hierarchische Abhängigkeiten begünstigt.

4.1.4 Rassismus und koloniale Kontinuitäten in der Gesundheitspolitik – spezifische Maßnahmen für Asylsuchende und Menschen ohne Krankenversicherung

- Das **Asylbewerberleistungsgesetz** (§§ 4 und 6 AsylbLG) beschränkt die Gesundheitsleistungen für Asylsuchende in den ersten 36 Monaten ihres Aufenthalts auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände, die Betreuung bei Schwangerschaft und Geburt sowie auf Schutzimpfungen.

- Menschen ohne Papiere droht bei Beantragung eines Krankenscheins beim Sozialamt eine Abschiebung, da das Sozialamt dazu angehalten ist, über die geltende **Übermittlungspflicht** Menschen ohne Papiere an die Ausländerbehörde zu melden. Dies verhindert strukturell den Zugang zur Gesundheitsversorgung.

4.1.5 Rassismus und koloniale Kontinuitäten und Community-basierte Infrastrukturen

- Selbstorganisationen und gemeinschaftliche Projekte von rassifizierten Menschen sind oft unterfinanziert, sodass Handlungsspielraum und Selbstorganisation eingeschränkt bleiben.

4.2 Lösungsansätze

4.2.1 Lösungsansätze für die Forschung

- Dekoloniale Wissensproduktion kann zu epistemischer Gerechtigkeit beitragen. Dazu braucht es
 - die gezielte Förderung **Communities-basierter Gesundheits- und Versorgungsforschung** unter Berücksichtigung macht- und rassismuskritischer forschungsethischer Prinzipien
 - die Etablierung von **Communities-Ethik-Komitees** an Universitäten, Hochschulen und weiteren Forschungseinrichtungen.
- Wissenschaft ist nicht neutral. Es muss explizit danach gefragt werden: Wer erhebt Daten? Wem nützen sie? Wer trägt die Risiken? Welche Kategorien werden verwendet und auf welcher Basis? **Strukturelle Determinanten von Gesundheit** wie institutioneller Rassismus, ungleiche Ressourcenverteilung und Marginalisierung müssen in Forschungsprozessen priorisiert und analysiert werden.

4.2.2 Lösungsansätze für die Lehre

- **Rassismus- und diskriminierungskritische Inhalte** müssen systematisch und verpflichtend in die Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe implementiert werden. Dafür ist beispielsweise in der Humanmedizin die Verankerung von Rassismus- und Diskriminierungskritik in den Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) notwendig.
- **Rassistische Wissensbestände (z.B. Stereotypisierungen und Verzerrungen rassistisch marginalisierter Gruppen)** in Lehrmaterialien müssen **identifiziert** und eliminiert werden.

4.2.3 Lösungsansätze für die Versorgung

- Die Nutzung von 'Race' als biologischer Kategorie muss in Leitlinien identifiziert und systematisch eliminiert werden. Stattdessen muss 'Race' als **soziale Determinante** berücksichtigt werden. Über Leitlinien können

rassismuskritische, diskriminierungssensible und strukturelle Kompetenzen in der Weiterbildung und Versorgung verankert werden.

- Es bedarf **Fort- und Weiterbildungsangebote** zum Aufbrechen von rassistischen Wissensbeständen für Mitarbeitende in Krankenhäusern und medizinischen Praxen, die von den berufsspezifischen verantwortlichen Kammern (z.B. Ärztekammern) (CME-)zertifiziert werden.
- **Terminvergabesysteme** können rassistische Diskriminierung vermindern, z. B. durch Online-terminvergaben.
- **Unabhängige Beschwerdestellen** können dazu beitragen, marginalisierte Personen zu unterstützen und bestehendem Misstrauen gegenüber dem Gesundheitsversorgungssystem entgegenzuwirken – für Patient*innen und Personal.
- Durch spezialisierte, **mehrsprachige Angebote**, angemessene Ansprache für rassistisch marginalisierte Gruppen sowie durch den Ausbau personeller Vielfalt kann das Gesundheitssystem **Vertrauenswürdigkeit** demonstrieren.
- **Sprachmittlung** muss flächendeckend im Gesundheitssystem verfügbar und die Kostenübernahme gesichert sein.

4.2.4 Lösungsansätze für die Politik

- Der **eingeschränkte Zugang** zu medizinischer Versorgung (§§ 4 und 6, AsylbLG) für Asylsuchende in den ersten 36 Monaten muss überprüft und **medizinische Leistungsansprüche** an den GKV-Leistungskatalog angepasst werden, um einen diskriminierungsfreien Zugang zur **Gesundheitsversorgung** für alle in Deutschland lebenden Menschen zu schaffen.
- Der § 87 des Aufenthaltsgesetzes (die sogenannte Übermittlungspflicht) muss in Bezug auf **Gesundheit eingeschränkt werden**, damit kranke Menschen ohne geregelten **Aufenthaltsstatus** nicht gehindert werden, sich medizinisch behandeln zu lassen.
- Eine **langfristige Finanzierung von Clearingstellen** für Menschen ohne Krankenversicherung oder mit unklarem Versicherungsstatus muss gesichert werden. Clearingstellen sollen neben einer Beratung, auch eine Vermittlung in medizinische Behandlung und Finanzierung von Behandlungskosten ermöglichen.

4.2.5 Lösungsansätze für die Community-basierte Infrastruktur

- Es bedarf der strukturellen **Förderung der Selbstorganisationen** und Selbsthilfe sowie den **Ausbau** und die **Förderung** der Communities-basierten **Aufklärung** über die rechtlichen Rahmen und Rechtsansprüche im deutschen **Gesundheitssystem**.



5

Abkürzungsverzeichnis

AdiCoBe	Afro-diasporische Communities und Behinderung
AEM	Akademie für Ethik in der Medizin
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
BIPoC	Black, Indigenous, and People of Color
CBR	Community-Based Research
CBPR	Community-Based Participatory Research
DeZIM	Deutsche Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
ECCHR	European Center for Constitutional and Human Rights
EOTO	Each One Teach One
IKÖ	Interkulturelle Öffnung
KWA	Kaiser-Wilhelms-Akademie
MSO	Migrant*innen-Selbstorganisationen
NaDiRA	Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor
NKLM	Nationaler Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin
PAR	Participatory Action Research



6.

**Autor*innen
des Gutachtens**

Muna AnNisa Aikins ist Sozialwissenschaftlerin, Autorin und Beraterin mit den Schwerpunkten Rassismus und Diskriminierung, Gesundheit, Entwicklung und soziale Gerechtigkeit. Sie ist Co-Leiterin und Forscherin des Afrozensus-Forschungsprojekts bei Each One Teach One (EOTO) e.V. Sie hat in Entwicklungspsychologie am Max-Planck-Institut für Bildungsforschung promoviert; ihre Dissertation untersuchte die biosozialen Wechselwirkungen rassistischer Ungleichheit auf die (mentale) Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen.

Shreyasi Bhattacharya ist Ärztin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Uniklinik Köln. Derzeit befindet sie sich in der Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeinmedizin und absolviert parallel ein Masterstudium in *Public Health* in Berlin. Ihr Forschungsschwerpunkt liegt auf der Weiterentwicklung medizinischer Lehre sowie auf rassismuskritischen Ansätzen in der primären Gesundheitsversorgung. Schon als Studentin setzte sie sich für ein diversitätssensible Curriculum ein; heute konzipiert und leitet sie als Dozentin Seminare und Fortbildungen zu rassismuskritischer Medizin und Gesundheitsgerechtigkeit.

Mirjam Faissner (Dr. med., M.A.) ist Bioethikerin mit einem Hintergrund in Medizin und Philosophie. Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Ihre Forschungsschwerpunkte sind epistemische und strukturelle Ungerechtigkeit im Gesundheitswesen, feministische Bioethik und Intersektionalität. Sie ist Mitinitiatorin und Koordinatorin des DFG geförderten wissenschaftlichen Netzwerks „Bioethik und strukturelle Ungerechtigkeit“ sowie Mitbegründerin der AEM-Arbeitsgruppe „Feministische Perspektiven in der Bio- und Medizinethik“.

Tanja Gangarova arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin für den Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa) am DeZIM-Institut in Berlin. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Rassismus in der Gesundheitsversorgung, *Decolonizing Methodologies* und Ethik der Wissenskreation. Sie verfügt über 20 Jahre Erfahrung in

der Community-basierten Partizipativen Forschung (CBPR) in Bulgarien und Deutschland – sowohl als Wissenschaftlerin als auch als Politikberaterin, Praktikerin und Aktivistin. Sie bewegt sich an der Intersektion dieser Rollen und verpflichtet sich ihrem eigenen (Ver-)Lernen und der Verschiebung ihrer Macht und Privilegien auf eine Weise, die soziale Gerechtigkeit fördert und Möglichkeiten jenseits der vorherrschenden Kolonialität imaginiert. Sie ist Gründungsmitglied der Internationalen Arbeitsgemeinschaft für partizipative Gesundheitsforschung und ist im Programmkomitee „Gesundheitsdienste neu orientieren“ des Nationalen Gesundheitskongress „Armut und Gesundheit“ aktiv.

Awa Naghipour ist Ärztin, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Referentin mit den Schwerpunkten geschlechter- und diskriminierungssensible Medizin, Gesundheitsgerechtigkeit, Intersektionalität und Wissenstransfer in die klinische, Lehr- und politische Praxis. Am Lehrstuhl für Geschlechtersensible Medizin der Universität Bielefeld forscht und lehrt sie zu Fragen der Gestaltung einer inklusiven, diskriminierungskritischen und kontextsensiblen klinischen Praxis. Sie ist Mitbegründerin des gemeinnützigen Vereins Feministische Medizin e.V., und Ausschussmitglied u.a. im Deutschen Frauenrat, Deutschen Ärztinnenbund, Weltärztinnenbund sowie in der Gesellschaft für medizinische Ausbildung.

Robel Abay (Prof. Dr. phil.) ist Soziologe und derzeit Gastprofessor für Disability Studies an der Alice Salomon Hochschule Berlin. Zuvor war er als Vertretungsprofessor für partizipative Ansätze in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften ebenfalls an der ASH Berlin sowie als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Soziologie der Ludwig-Maximilians-Universität München tätig. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten gehören *Queer Migration, Intersectional Disability Justice*, Soziologie sozialer Ungleichheit, Rassismus und Ableismus, *Disability Studies* und *Critical Race Theory* (DisCrit), Dekoloniale Methodologien und Partizipative Forschung. Im Rahmen von *The Good Family Visiting Faculty Fellowship* wird er ab Januar 2026 als *Visiting Professor of Sociology* an der Queen's University Canada arbeiten und zum Thema *Intersectional Disability Justice* forschen.

7

Quellen- verzeichnis

- Abay, R., Ihring, I., & Garba, F. M. (eds.) (2025). *The Coloniality of Humanity: Disrupting Racialized Capitalism and Fostering Transnational Solidarity*. London: Bloomsbury Publishing.
- Abay, R. & Mthombeni, N. (2025). Can the African subaltern speak? The colonial legacies of racial hierarchies. In: Abay, R., Ihring, I., & Garba F. M. (eds.), *The Coloniality of Humanity: Disrupting Racialized Capitalism and Fostering Transnational Solidarity* (pp. 55–72). London: Bloomsbury Publishing.
- Abdel-Fatah, D. & Gangarova, T. (2025). Rassismus in der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere: rassismustheoretische und forschungsethische Zugänge. In: Dieterich, A., Schüller, M., & Gangarova, T. (Hrsg.), *Krank zugewandert, nicht versichert? (Kein) Zugang zur Gesundheitsversorgung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Abdel-Fatah, D., Aikins, M., Bilgic, L., Gangarova, T., & Tezcan-Güntekin, H. (2025). (Über) Leben: Rassismus und seine Auswirkungen auf das gute Leben und die Gesundheit. In: Deppe, S., Clausen, A., Marcinski-Michel, I., Schweda, M., Wiesemann, C. (eds) Handbuch Medizin und Lebenszeit. J.B. Metzler, Berlin, Heidelberg. (im Erscheinen)
- Afeworki Abay, R., Klages, A.-L., Rodríguez Lugo, S., & Kleibl, T. (eds.) (2025). *Decolonial Methodologies in Social Work: Foregrounding Pluriversalism in Teaching and Research*. London: Bloomsbury Publishing.
- Afeworki Abay, R. (2025). "Our tears are not for sale!": Die hegemoniale Wissensordnung des Rassismus dekolonisieren. In: *Momentum Quarterly*, 13(4): 193–205.
- Afeworki Abay, R. & von Unger, H. (2024). Cultural Humility in Participatory Research. Debunking the Myth of 'Hard-to-Reach' Groups. In: Afeworki Abay, R. & Soldatic, K. (eds.), *Intersectional Colonialities: Embodied colonial violence and practices of resistance across disability, race, indigeneity, class, and gender* (pp. 269–284). London: Routledge.
- Afeworki Abay, R. (2023). *Dekolonisierung des Wissens: Eine partizipative Studie zu Diskriminierung und Teilhabe an Erwerbsarbeit von BIPOC mit Behinderungserfahrungen*. Bielefeld: transcript.
- Aikins, M. A., Willems, Y. E., Fraemke, D., & Raffington, L. (2024). Beyond a shared history: A biosocial perspective on socioeconomics and racism in Germany. In: *Kölner Zeitschrift Für Soziologie Und Sozialpsychologie*, 76(3): 573–602.
- Aikins, M., Willems, Y., Fraemke, D., Mitchell, C., Goosby, B., & Raffington, L. (2025). Linked emergence of racial disparities in mental health and epigenetic biological aging across childhood and adolescence. *Molecular Psychiatry*, 1–11. <https://doi.org/10.1038/s41380-025-03010-3>
- Aikins, M. A., Bremberger, T., Aikins, J. K., Gyamerah, D., & Yildirim-Caliman, D. (2021). *Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afro-diasporischer Menschen in Deutschland*. Berlin: Each One Teach One (EOTO) eV.
- Airhihenbuwa, C. O., Ford, C., Iwelunmor, J., Griffith, D. M., Ameen, K., Murray, T., & Nwaozuru, U. (2024). Decolonization and antiracism: Intersecting pathways to global health equity. In: *Ethnicity & Health*, 29(7), 846–860.
- Alice-Salomon-Hochschule Berlin (2023–2025): *Rassismen in der Gesundheitsversorgung. Rekonstruktive qualitative Analyse aus der Perspektive von professionell Versorgenden in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen (Teilprojekt ASH Berlin, RiGeV)*. Laufendes Forschungsprojekt, Berlin. Online: <https://www.ash-berlin.eu/forschung/forschungsprojekte-a-z/riguev>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)-Ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. Auflage 2.2, 2025. Verfügbar: <https://www.awmf.org/regelwerk/>. (Zugriff zuletzt am 29.08.2025)
- Attia, I. (2014). Rassismus (nicht) beim Namen nennen. Aus Politik und Zeitgeschichte. https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/APuZ_2014-13-14_online.pdf
- Barnett, P., Mackay, E., Matthews, H., Gate, R., Greenwood, H., Ariyo, K., Bhui, K., Halvorsrud, K., Pilling, S. & Smith, S. (2019). Ethnic variations in compulsory detention under the Mental Health Act: a systematic review and meta-analysis of international data. *The Lancet Psychiatry*, 6(4), 305–317. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30027-6](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30027-6)
- Bailey, Z. D., Feldman, J. M., & Bassett, M. T. (2021). How Structural Racism Works–Racist Policies as a Root Cause of U.S. Racial Health Inequities. In: *New England Journal of Medicine*, 384(8): 768–773.
- Bailey, Z. D., Krieger, N., Agénor, M., Graves, J., Linos, N., & Bassett, M. T. (2017). Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. In: *The Lancet*, 389(10077): 1453–1463.
- Baldwin, J. (2019). *Nach der Flut das Feuer*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

- Bastos, J.L., Harnois, C.E., & Paradies, Y.C. (2018). Health care barriers, racism, and intersectionality in Australia. In: *Social Science & Medicine*, 199: 209–218.
- Bauche, M. (2021). Sehnsüchte nach genetischer Eindeutigkeit. Das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik (1927–1945) und sein Erbe. In: *Zeitgeschichte-online*, Februar 2021, https://zeitgeschichte-online.de/themen/sehnsuechte-nach-genetischer-eindeutigkeit#_ftn10.
- Bauche, M. (2017). *Medizin und Herrschaft Malariabekämpfung in Kamerun, Ostafrika und Ostfriesland (1890–1919)*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Barz, H. (2025). *Robert Koch jenseits des Mythos. Die Argumente seiner Kritiker in Originaltexten*. Berlin: Springer Verlag.
- Beagan, B. L., Bizzeth, S. R., & Etowa, J. (2023). Interpersonal, institutional, and structural racism in Canadian nursing: A culture of silence. In: *The Canadian Journal of Nursing Research*, 55(2): 195–205.
- Ben, J., Cormack, D., Harris, R., and Paradies, Y. (2017). Racism and health service utilisation: A systematic review and meta-analysis. In: *PLoS ONE*, 12(12): e0189900. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189900>
- Bojadzijev, M., Braun, K., Opratko, B., Liebig, M., & Heiter, A. (2017). *Entsolidarisierung und Rassismus. Forschungs-Interventions-Cluster Solidarität im Wandel? [Research Report]*. Berlin: Berliner Institut für empirische Integrations- und Migrationsforschung.
- Bolokan, D. (2025). Eine postmigrantische Vision für eine faire Arbeitsteilung. Gleicher Zugang zu Erholung und Gesundheit. In: *terra cognita. Schweizer Zeitschrift zu Integration und Migration*, 41(2025): 82–85.
- Bolokan, D. (2023). On the Hypermobility of Agricultural Workers in Europe: Life Courses Between Rural Moldova and Switzerland/the EU. In: Kerrigan, N., de Lima, P. (eds.), *The Rural-Migration Nexus. Rethinking Rural* (pp. 51–77). Palgrave Macmillan, Cham: Springer Nature.
- Böttche, M., Stammel, N., & Knaevelsrud, C. (2016). Psychotherapeutische Versorgung traumatisierter geflüchteter Menschen in Deutschland [Psychotherapeutic treatment of traumatized refugees in Germany]. In: *Der Nervenarzt*, 87(11): 1136–1143.
- Brunner, C. (2016). Das Konzept epistemische Gewalt als Element einer transdisziplinären Friedens- und Konflikttheorie. In: Wintersteiner, W. & Wolf, L. (Hrsg.), *Friedensforschung in Österreich: Bilanz und Perspektiven* (S. 38–53). Klagenfurt: Drava Verlag.
- Braun, G. & Zeeb, H. (2021). Gesundheitliche Dimensionen von Rassismus und Diskriminierung. In: J. Spallek, & H. Zeeb (Hrsg.), *Handbuch Migration und Gesundheit* (S. 389–396). Göttingen: Hogrefe.
- Castro Varela, M.d.M. (2013). *Ist Integration nötig? Eine Streitschrift von Maria do Mar Castro Varela-Aus der Reihe Soziale Arbeit kontrovers* (Vol. 5). Freiburg i.Br.: Lambertus.
- Charité (2019). "Ausgezeichnet: Robert-Koch-Preis für drei Promovenden der Charité". Online Abrufbar unter https://www.charite.de/forschung/themen_forschung/2019/ausgezeichnet_robert_koch_preis_fuer_drei_promovenden_der_charite
- Chilisa, B. (2012). *Indigenous Research Methodologies*. New York: Sage Publications.
- Collins, P. H., da Silva, E.C.G., Ergun, E., Furseth, I., Bond, K.D., & Martínez-Palacios, J. (2021). Intersectionality as critical social theory. In: *Contemporary Political Theory*, 20(3): 690–725.
- Cooke, Bill & Kothari, Uma (Eds.) (2001). *Participation: The new tyranny?* New York, NY: Zed Books.
- Cornwall, A. & Jewkes, R. (1995). What is Participatory Research? In: *Social Science and Medicine*, 41: 1667–1676.
- Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine. In: *University of Chicago Legal Forum*, 139–168.
- Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) (2023). Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Berlin.
- Dieterich, A., Schüller, M., & Ganarova, T. (Hrsg.) (2025). *Krank, zugewandert, nicht versichert? (Kein) Zugang zur Gesundheitsversorgung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Eckart, W. U. (2002). The colony as laboratory: German sleeping sickness campaigns in German East Africa and in Togo, 1900–1914. In: *History and philosophy of the life sciences*, 24(1): 69–89.
- Eckart, W. U. (1997). *Medizin und Kolonialimperialismus. Deutschland 1884–1945*. Frankfurt am Main: Deutsche Nationalbibliothek.
- Elias, A. & Paradies, Y. (2021). The costs of institutional racism and its ethical implications for healthcare. *Journal of Bioethical Inquiry*, 18(1): 45–58.
- El-Tayeb, F. (2016). *Undeutsch: die Konstruktion des Anderen in der postmigrantischen Gesellschaft*. Bielefeld: transcript.
- Estacio, E. V., & Saidy-Khan, S. (2014). Experiences of racial microaggression among migrant nurses in the United Kingdom. In: *Global Qualitative Nursing Research*, 1. doi: 10.1177/2333393614532618

- Ehlers, S. (2019). *Europa und die Schlafkrankheit: Koloniale Seuchenbekämpfung, europäische Identitäten und moderne Medizin 1890 - 1950*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Empowerment für Diversität - Allianz für Chancengerechtigkeit in der Gesundheitsversorgung (2025). https://diversity.charite.de/diversity_projekte/empowerment_fuer-diversitaet. Zugriff zuletzt am 29.08.2025.
- Eneanya, N.D., Boulware, L.E., Tsai, J., Bruce, M.A., Ford, C.L., Harris, C., Morales, L.S., Ryan, M.J., Reese, P.P., Thorpe, R.J., Morse, M., Walker, V., Arogundade, F.A., Lopes, A.A., & Norris, K.C. (2022). Health inequities and the inappropriate use of race in nephrology. In: *Nat Rev Nephrol*, 18(2): 84–94. doi: 10.1038/s41581-021-00501-8.
- Faissner, M. & Braun, E. (2024). The ethics of coercion in mental healthcare: the role of structural racism. In: *Journal of Medical Ethics*, 50(7): 476–481
- Faissner, M. & Braun, E. (2023). Structural racism and coercion in Germany. <https://blogs.bmjjournals.com/medical-ethics/2023/10/20/structural-racism-and-coercion-in-germany/>
- Fanon, F. (1985). *Schwarze Haut, weiße Masken*. Wien/Berlin: Turia + Kant.
- Fanon, F. (1963). *The wretched of the earth*. Harmondsworth: Penguin.
- Fine, M. & Torre, M. E. (2019). Critical Participatory Action Research: A Feminist Project for Validity and Solidarity. In: *Psychology of Women Quarterly*, 43(4): 433–444. doi:10.1177/0361684319865255
- Freire, P. (1982). Creating alternative research methods: learning to do it by doing it. In: Hall, B., Gillette, A., & Tandon, R. (eds.), *Creating Knowledge: A Monopoly? Participatory Research in Development* (pp. 29–37). New Delhi: Society for Participatory Research in Asia.
- Freire, P. (1970). *Pedagogy of the oppressed*. New York: Continuum.
- Gaventa, J. & Cornwall, A. (2015). Power and knowledge. In: Bradbury, H. (ed.), *The Sage handbook of action research: Participative inquiry and practice* (pp. 465–471). (3rd ed.). London: Sage Publications.
- Gangarova, T., Yildiz, M., & Kabangu, L. (2025a). Racism in German Healthcare: Uncovering the Construction and Silencing of the 'Other'. *Front. Public Health* 12:1485933. doi: 10.3389/fpubh.2024.1485933.
- Gangarova, T., Kechout, J., & Vogt, H. (2025b). "I'd like five of them": the racialization and commodification of internationally recruited nurses in the German healthcare sector. In: *Frontiers in Sociology*. 10:1646906. doi: 10.3389/fsoc.2025.1646906.
- Gangarova, T. (2025c). Bringing Refusal into Research: Insights from Community-Based Participatory Study with Racially Marginalized Communities in Germany. In: Spies, T., Budak-Kim, H., Aktan, O., & Tuider, E. (eds.), *Diversity and Difference - Perspectives of Subjectivation Research*. Wiesbaden: Springer VS.
- Gangarova, T. (2024a). Community-basierte partizipative Gesundheitsforschung als dekoloniale Praxis? Methodologische und ethische Reflexionen. In: Klingler, C., Pichl, A., & Ranisch, R. (Hrsg.), *Ethik der Partizipation: Einblicke in gesundheitsbezogene Forschung, Politik und Technologieentwicklung* (S. 251–267). Bielefeld: transcript.
- Gangarova, T. (2024b). Embracing Diversity of Knowledges through Community-based Health Research: Ongoing Challenges and Emerging Possibilities. In: Namer, Y., Stöcker, A., Ashour, A., Dieckmann, J., Schmidt, P., & Zurbriggen, C. (Hrsg.), *Intersectional Challenges to Cohesion? On Marginalization in an Inclusive Society* (pp. 183–198). Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Gee, G. C., & Ford, C. L. (2011). Structural racism and health inequities: Old issues, new directions. *Du Bois Review: Social Science Research on Race*, 8(1): 115–132.
- Gerlach, H., Abholz, H.-H., Koc, G., Yilmaz, M., & Becker, N. (2012). "Ich möchte als Migrant auch nicht anders behandelt werden." Fokusgruppen zu Erfahrungen von Patienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 88(2): 77–85.
- Gerlach, H., Becker, N., Fuchs, A., Wollny, A., & Abholz, H.-H. (2008). Diskriminierung von Schwarzen aufgrund ihrer Hautfarbe? Ergebnisse von Focusgruppendiskussionen mit Betroffenen im deutschen Gesundheitswesen. In: *Gesundheitswesen*, 70(1): 47–53.
- Grosfoguel, R. (2016). Epistemic racism/sexism, Westernized universities and the four genocides/epistemicides of the long 16th century. In: *Tabula Rasa*, 19: 31–58.
- Gerhards, S. M., Schweda, M., & Weßel, M. (2023). Medical students' perspectives on racism in medicine and healthcare in Germany: Identified problems and learning needs for medical education. In: *GMS journal for medical education*, 40(2): Doc22. <https://doi.org/10.3205/zma001604>.
- Gottlieb, N. & Schülle, M. (2021). An overview of health policies for asylum-seekers in Germany. In: *Health Policy*, 125(1): 115–121.

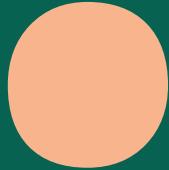
- Gopal, D. P., Okoli, G. N., & Rao, M. (2022). Re-thinking the inclusion of race in British hypertension guidance. In: *Journal of human hypertension*, 36(3): 333–335.
- Gilliam, C. A., Lindo, E. G., Cannon, S., Kennedy, L., Jewell, T. E., & Tieder, J. S. (2022). Use of Race in Pediatric Clinical Practice Guidelines: A Systematic Review. In: *JAMA pediatrics*, 176(8): 804–810.
- Gregersen, D.M. & Elsner, P. (2021). Ethnische Diversität in deutschsprachigen Dermatologie-lehrbüchern: Ist sie vorhanden und wie wichtig ist diese? ein Mini-Review. In: *J Dtsch Dermatol Ges*, 19(11): 1582–1590.
- Grosse, Pascal. 2000. Kolonialismus, Eugenik und bürgerliche Gesellschaft in Deutschland 1850–1918. Frankfurt/Main, New York: Campus.
- Hamed, S., Bradby, H., Ahlberg, B. M., & Thapar-Björkert, S. (2022). Racism in healthcare: A scoping review. In: *BMC Public Health* 22(1): 1–22.
- Hamed, S., Thapar-Björkert, S., Bradby, H., & Ahlberg, B. M. (2020). Racism in European health care: Structural violence and beyond. In: *Qualitative Health Research*, 30(11): 1662–1673.
- Hall, B., Godrie, B., & Heck, I. (2020). Knowledge Democracy and Epistemic In/Justice: Reflections on a Conversation. In: *The Canadian Journal of Action Research*, 21(1): 27–45. doi: 10.33524/cjar.v21i1.516.
- Hall, S. (2000). Rassismus als ideologischer Diskurs. In: Räthzel, N. (Hrsg.), *Theorien über Rassismus* (S. 7–16). Hamburg: Argument Verlag.
- Hallal, H. (2015). *Diversität in der humanmedizinischen Ausbildung. Eine empirische Rekonstruktion kollektiver Orientierungen in den institutionellen Erfahrungsräumen des Medizinstudiums* (Vol. 67). Marburg: Tectum Wissenschaftsverlag.
- Heaton, M. M. (2013). *Black Skin, White Coats: Nigerian Psychiatrists, Decolonization, and the Globalization of Psychiatry*. Athens, OH: Ohio University Press.
- Hitzblech T, Maaz A, Rollinger T, Ludwig S, Dettmer S, Wurl W, Roa-Romero Y, Raspe R, Petzold M, Breckwoldt J, Peters H. The modular curriculum of medicine at the Charité Berlin – a project report based on an across-semester student evaluation. *GMS J Med Educ*. 2019 Oct 15;36(5):Doc54. doi: 10.3205/zma001262. PMID: 31815164; PMCID: PMC6883251. (deutsche Übersetzung der Abbildung: https://allgemeinmedizin.charite.de/file-admin/user_upload/microsites/m_cc01/allgmed/Bilder/Modulplan-Modellstudiengang_Charite.pdf)
- 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. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 113(16): 4296–4301.
- Israel, B., Schulz, A., Parker, E., Becker, A., Allen, A., Guzman, R., & Lichtenstein, R. (2018). Critical issues in developing and following community-based participatory research principles. In: Wallerstein, N., Duran, B., Oetzel, J., & Minkler, M. (eds.), *Community-based participatory research for health* (pp. 31–46). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Kajikhina, Katja, Carmen Koschollek, Navina Sarma, Marleen Bug, Annelene Wengler, Kayvan Bozorgmehr, Oliver Razum, Theda Börde, Liane Schenk, Ruth Zimmermann, und Claudia Hövener. 2023. Empfehlungen zur Erhebung und Analyse migrationsbezogener Determinanten in der Public-Health-Forschung. In: *Journal of Health Monitoring*, (1): 55–77.
- Keating, F. (2016). Racialized Communities, Producing Madness and Dangerousness. In: *Intersectionalities: A Global Journal of Social Work Analysis, Research, Polity, and Practice*, 5(3): 173–185.
- Kelley, R. D. G. (2017). What did Cedric Robinson mean by racial capitalism? In: *Boston Review*. <https://www.bostonreview.net/articles/robin-d-g-kelley-introduction-racecapitalism-justice/>
- Kilomba, G. (2008). *Plantation memories. Episodes of Everyday Racism*. Münster: Unrast.
- Kluge, U., Aichberger, M.C., Heinz, E., Udeogu-Gözalan, C., & Abdel-Fatah, D. (2020). Rassismus und psychische Gesundheit. In: *Der Nervenarzt*, 91(11): 1017–1024.
- Kozlowski, D., Larivière, V., Sugimoto, C.R., & Monroe-White, T. (2022). Intersectional inequalities in science. In: *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 119(2): e2113067119.
- Krieger, N. (2021). Structural racism, health inequities, and the two-edged sword of data: Structural problems require structural solutions. In: *Frontiers in Public Health*, 9, 655447.
- Krieger, N. (2020). Measures of Racism, Sexism, Heterosexism, and Gender Binarism for Health Equity Research: From Structural Injustice to Embodied Harm–An Ecosocial Analysis. In: *Annual review of public health*, 41: 37–62.
- Krumholz, H. M., Massey, D. S., & Dorsey, K. B. (2022). Racism as a leading cause of death in the United States. *BMJ*, 376, o213. <https://doi.org/10.1136/bmj.o213>
- Lazaridou, F. B., Schubert, S. J., Ringeisen, T., Kaminski, J.,

- Heinz, A., & Kluge, U. (2023). Racism and psychosis: An umbrella review and qualitative analysis of the mental health consequences of racism. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(5): 1009–1022.
- Lerch, L. (2019). Psychotherapie im Kontext von Differenz, (Macht-)Ungleichheit und globaler Verantwortung. In: *Psychotherapie Forum*, 23(1-2): 51–58.
- Lindner, K. (2022). Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Bundesländern– Rahmenbedingungen und Reformbedarfe. MIDE-M-Policy Paper 01/22. Dresden.
- Likupe, G. & Archibong, U. (2013). Black African nurses' experiences of equality, racism and discrimination in the National Health Service. In: *Journal of Psychological Issues in Organizational Culture*, 3(1): 227–246.
- Lugert-Jose, G. (2023). Philippinische Pflegekräfte in Deutschland. Eine Studie zur Mitarbeiterzufriedenheit – Schwerpunkt Diskriminierung und Rassismus, 2023. https://gracelugert.com/wordpress/wp-content/uploads/2023/10/GLJ-Arbeitsplatz-Studie-Phil.Nurses-Fokus-D_R-deutsch-20231002.pdf [Accessed June 7, 2025].
- Lugert-Jose, G. (2022). Zufriedenheit von Philippinischen Pflegefachkräften in Deutschland, März 2022. https://gracelugert.com/wordpress/wp-content/uploads/2024/07/Studie-GLJ-2022-Zufriedenheit_philippinischer_Pflegekraefte_DE_20240724.pdf [Accessed June 7, 2025].
- Mahabir, D. F., O'Campo, P., Lofters, A., Shankardass, K., Salmon, C., & Muntaner, C. (2021). Classism and everyday racism as experienced by racialized health care users: A concept mapping Study. In: *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 51(3): 350–363.
- Mair, L., Holmes, S. M., Jäger, M., Holmberg, C., & Führer, A. (2024). Strukturelle Kompetenz im Klinikalltag: Wie die Gesellschaft Krankheit und Gesundheit beeinflusst. In: *Deutsches Ärzteblatt*, 121(18). <https://www.aerzteblatt.de/archiv/strukturelle-kompetenz-im-klinikalltag-wie-die-gesellschaft-krankheit-und-gesundheit-beeinflusst-69437242-7687-4cb4-8e24-fd74f0be22aa>
- Martin, A. A., Jacobs, J. W., Armijo, P. R., Allan, J. M., Booth, G. S., Spector, N. D., Overholser, B., & Silver, J. K. (2024). Analysis of Pediatric Clinical Practice Guideline Authors by Gender, Race, and Ethnicity. In: *Journal of women's health*, 33(8): 1052–1062.
- Martin, A. A., Walker, S. C., Wheeler, A. P., Jacobs, J. W., Booth, G. S., & Silver, J. K. (2024). Representation of Authors by Gender, Race, and Ethnicity in Pathology Clinical Practice Guidelines. In: *Archives of pathology & laboratory medicine*, 148(2): 230–241.
- Maldonado-Torres, N. (2007). On the Coloniality of Being. In: *Cultural Studies*, 21(2-3): 240–270.
- Mateo, C. M. & Williams, D. R. (2020). Addressing bias and reducing discrimination: The professional responsibility of health care providers. In: *Academic medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 95(12S): 5–10.
- McTaggart, R., Nixon, R., & Kemmis, S. (2017). Critical Participatory Action Research. In: Lonnie L. Rowell, C. D., Bruce, J. Shosh, M., & Margaret M. R. (eds.), *Palgrave international handbook of action research* (pp. 21–36). Berlin: Springer Nature.
- Meekosha, H. (2011). Decolonising disability: thinking and acting globally. In: *Disability & Society*, 26(1): 667–682.
- Melamed, J. (2015). Racial Capitalism. In: *Critical Ethnic Studies*, 1(1): 76–85.
- Metzl, J.M. & Hansen, H. (2014). Structural competency: theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. In: *Social Science & Medicine*, 103:126–33.
- Mignolo, W.D. (2019). The Way We Were. Or What Decoloniality Today Is All About. In: *Anglistica AION*, 23(2): 9–22.
- Mignolo, W.D. & Walsh, C.E. (2018). *On decoloniality: Concepts, analytics, praxis*. Durham, London: Duke University Press.
- Mikuteit, M., Karmann, N., Kocyigit, M., Springer, D.M., Paulmann, V., von Wasielewski, I., & Steffens, S. (2025). Hauterkrankungen auf nicht-weißer Haut: Rassismuskritische Lehre am Beispiel der Dermatologie [Skin diseases on non-white skin: Anti-racist teaching using dermatology as an example]. *Dermatologie* (Heidelberg). Jul 28. German. doi: 10.1007/s00105-025-05544-7.
- Minkler, M., Garcia, A., Rubin, V., & Wallerstein, N. (2012). *Community-based participatory research: A strategy for building healthy communities and promoting health through policy change*. Oakland, CA: Policy Link.
- Morrison, T. (1975). A Humanist View. Portland State University's Oregon Public Speakers Collection: "Black Studies Center public dialogue. Pt. 2," May 30, 1975: https://www.mackenzian.com/wp-content/uploads/2014/07/Transcript_PortlandState_TMorrison.pdf
- Muhammad, M., Wallerstein, N., Sussman, A.L., Avila, M., Belone, L., & Duran, B. (2015). Reflections on Researcher Identity and Power: The Impact of Positionality on Community Based Participatory Research (CBPR) Processes and Outcomes. In: *Crit Sociol (Eugene)*, 41(7-8): 1045–1063.

- Nadal, K. L. (2018). Microaggressions and traumatic stress. In: *Theory, research, and clinical treatment*. Washington, DC: American Psychological Association (Concise guides on trauma care book series).
- Naghipour, A. & Faissner, M. (2025). 'Race consciousness' in clinical practice guidelines as a tool to address institutional discrimination? *Zeitschrift für Ethik und Moralphilosophie*, 1-26.
- Naghipour A., Becher E., Gemandier M., Oertelt-Prigione S. (2025). Designing clinical practice guidelines for equitable, inclusive, and contextualised care. In: *BMJ*. 391:e085684. doi:10.1136/bmj-2025-085684
- Nazroo, J. Y., Bhui, K. S., and Rhodes, J. (2020). Where next for understanding race/ethnic inequalities in severe mental illness? Structural, interpersonal and institutional racism. In: *Sociology of Health & Illness*, 42(2): 262-276.
- Ndlovu-Gatsheni, S. J. (2014). Global coloniality and the challenges of creating African futures. In: *Strategic Review for Southern Africa*, 36 (2): 181-202.
- Nittur, N. R., Reyes, C., Marshall, M., Ponzini, M., Wilson, M., & Cansino, C. (2025). Validation of a new calculator for predicting success of vaginal birth after cesarean delivery. In: *American journal of obstetrics and gynecology*, 232(3): 323.e1-323.e6.
- Nowak, A. C. & Hornberg, C. (2023). Erfahrungen von Menschen mit Fluchtgeschichte bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in Deutschland – Erkenntnisse einer qualitativen Studie. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 66(10): 1117-1125.
- Ooms, G., Keynaert, I., & Hammonds, R. (2019). The right to health: from citizen's right to human right (and back). In: *Public Health*, 172: 99-104.
- Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaher, M. & Gee, G. (2015). Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *PLoS one*, 10(9): e0138511.
- Quadflieg, N.R., Batcha-
ti, P., Träbert, A., Leidgens,
E., Juckel, G., Gather, J., Ye-
boah, A., & Faissner, M. (2025). Discriminatory Practices in the German Mental Healthcare System: An Intersectional Grounded Theory Study. *Qualitative Health Research*.
- Quijano, A. (2000). Coloniality of power and Eurocentrism in Latin America. In: *International Sociology*, 15(2): 215-232.
- Richter, M. T. (2022). *Diskriminierung aufgrund rassistischer Zuschreibungen bei Mitarbeitenden der Langzeitpflege*. Hamburg: Hochschule für Angewandte Wissenschaft Hamburg.
- Ritter, M. (2023). Herausforderungen für zugewanderte Pflegekräfte. bpb - Bundeszentrale für politische Bildung. <https://www.bpb.de/themen/migration-integration/regionalprofile/deutschland/543561/herausforderungen-fuer-zugewanderte-pflegekraefte/>
- RKI (2024). Umgang mit dem kolonialmedizinischen Erbe im RKI. Online abrufbar: <https://www.rki.de/DE/Institut/Das-RKI/Geschichte/Kolonialmedizinisches-Erbe/kolonialmedizinisches-erbe-node.html>.
- Rodriguez, C.-O. & Gabi, J. (2023). *Who Are You Without Colonialism? Pedagogies of Liberation*. Charlotte: IAP Book Series.
- Rotter, P.V. (2020). Das gute Recht. Strategische Prozessführung als Empowermentinstrument. In: Prasad, N., Foitzik, A., & Muckenfuss, K. (Hrsg.), *Recht vor Gnade: Bedeutung von Menschenrechtsentscheidungen für eine diskriminierungskritische (Soziale) Arbeit* (S. 9-14). Weinheim: Beltz Juventa.
- Ryn, M.v., Burgess, D.J., Dovidio, J.F., Phelan, S.M., Saha, S., Malat, J., Griffin, J.M., Fu, S.S., & Perry, S. (2011). The impact of racism on clinician cognition, behavior, and clinical decision making. In: *Du Bois Review*, 8(1): 199-218.
- Schödwell, S., Savin, M., Lauke, A., Abels, I., Abdel-Fatah, D., Penka, S., & Kluge, U. (2022). Strukturelle Diskriminierung und Rassismus in der Krankenhausversorgung: die Rolle ökonomischer Rahmenbedingungen in der interkulturellen Öffnung [Structural discrimination and racism in hospital care: the role of the economic conditions in intercultural openness]. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 65(12): 1307-1315.
- Sharif, M. Z. et al. (2022). Racism and structural violence: Interconnected threats to health equity. *Frontiers in Public Health*, 9, 676783. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.676783>
- Sheikh J, Allotey J, Kew T, Fernández-Félix BM, Zamora J, Khalil A, Thangaratinam S. (2022). IPPIC Collaborative Network. Effects of race and ethnicity on perinatal outcomes in high-income and upper-middle-income countries: an individual participant data meta-analysis of 2 198 655 pregnancies. *Lancet*. 2022 Dec 10;400(10368):2049-2062. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01191-6.
- Spivak, G.-C. (1988). Can the subaltern speak? In: Nelson, C. & Grossberg, L. (eds.), *Marxism and the Interpretation of Culture* (pp. 271-313). Urbana, Illinois.
- Smith, L. T. (1999). *Decolonizing Methodologies: Research and Indigenous Peoples*. New York: Palgrave.
- Smith, L. T. (2021). *Decolonizing methodologies: Research and indigenous peoples*. London: Bloomsbury Publishing.

- Spura, A., Kleinke, M., Robra, B.-P., & Ladebeck, N. (2017). Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 60(4), 462–470.
- Neff, J. et al. (2020). Structural Competency: Curriculum for Medical Students, Residents, and Interprofessional Teams on the Structural Factors That Produce Health Disparities. In: *MedEdPORTAL: the journal of teaching and learning resources*, 16, 10888. https://doi.org/10.15766/mep_2374-8265.10888.
- Tamale, S. (2020). *Decolonization and Afro-feminism*. Ottawa: Daraja Press.
- Tervalon, M. & Murray-García, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. In: *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9(2): 117–125.
- Thavarasa, M. (2025). Postkoloniale Ansätze in der Antidiskriminierungsarbeit: Welche Impulse können sie setzen? In: *poco.lit*. Online verfügbar über: <https://pocolit.com/2025/04/30/postkoloniale-ansatze-in-der-antidiskriminierungsarbeit-welche-impulse-koennen-sie-setzen/>
- Trouillot, M.-R. (1995). *Silencing the past: Power and the production of history*. Boston: Beacon Press.
- Tsai, J., Lindo, E. & Bridges, K. (2021). Seeing the Window, Finding the Spider: Applying Critical Race Theory to Medical Education to Make Up Where Biomedical Models and Social Determinants of Health Curricula Fall Short. In: *Front Public Health*. Jul 9;9:653643. doi: 10.3389/fpubh.2021.653643.
- Tuck, E. & Yang, W. K. (2012). Decolonization is not a Metaphor. In: *Decolonization: Indigeneity, Education & Society*, 1(1): 1–40.
- von Unger, H., Scott, P. & Oduyoye, D. (2019). Constructing Im/Migrants and Ethnic Minority Groups as 'Carriers of Disease': Power Effects of Categorization Practices in Tuberculosis Health Reporting in the UK and Germany. In: *Ethnicities*, 19(3): 518–534.
- von Unger, H. (2014). *Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Velho, A. (2011). Psychosoziale Auswirkung von Rassismus/Diskriminierung im Alltag. In: Alltägliche Diskriminierung und seelische Gesundheit. Tagung vom 10. November 2011. Bonn: Aachener Verein zur Förderung psychisch Kranke; Anti-DiskriminierungsBüro (ADB) Köln; AWO Kreisverband Bonn / Rhein-Sieg e. V.; Landschaftsverband Rheinland; Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration, S. 10–25.
- Verduzco-Gutierrez, M., Katz, N. B., Fleming, T. K., Silver, E. M., Hunter, T. L., El Sayed, N., Escalon, M. X., Lorello, G. R., & Silver, J. K. (2022). Author Diversity on Clinical Practice Guideline Committees. In: *American journal of physical medicine & rehabilitation*, 101(5): 493–503.
- Vyas D.A., Eisenstein, L.G., & Jones, D.S. (2020). Hidden in Plain Sight - Reconsidering the Use of Race Correction in Clinical Algorithms. In: *N Engl J Med*. Aug 27, 383(9): 874–882.
- Vogt, H., Piberger, P., & Lazari-dou, F.B. (2025). Racism in medical education and the entanglement of contents and (con-)texts: a participative reflection on teaching materials and the everyday experiences of racialized students and physicians in Germany. In: *Front. Public Health* 13:1436656. doi: 10.3389/fpubh.2025.1436656
- Wallerstein, N. & Duran, B. (2018). Theoretical, historical and practice roots of CBPR. InN. Wallerstein, B. Duran, J. Oetzel, J. & M. Minkler (eds.), *Community-Based Participatory Research for Health: Advancing Social and Health Equity* (pp. 17–29). Jossey-Bass.
- Washington, H. (2006). *Medical Apartheid. The Dark History of Medical Experimentation on Black Americans from Colonial Times to the Present*. New York: Anchor Books.
- Williams, D.R., Lawrence, J. A., Davis, B.A., & Vu, C. (2019). Understanding how discrimination can affect health. In: *Health services research*, 54(2): 1374–1388.
- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2013). Racism and health I: Pathways and scientific evidence. In: *American Behavioral Scientist*, 57(8): 1152–1173.
- Winkler, C., Babac, E (2022). Birth Justice. Die Bedeutung von Intersektionalität für die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft. In: *Österreich Z Soziol*, 47 (1): 31–58.
- Wyatt, S. B., Williams, D. R., Calvin, R., Henderson, F. C., Walker, E. R., & Winters, K. (2003). Racism and cardiovascular disease in African Americans. *The American Journal of the Medical Sciences*, 325(6): 315–331.
- Yeboah, A., Naib Majani, N., Brecht, A., Springmann, M.-L., Quadflieg, N.R., Gather, J., Faissner, M. (2024). Diversität in der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft. Intersektionalität als Tool der klinischen Praxis. In: *Sozialpsychiatrische Informationen*, 54(4): 52–57.
- Zimmerer, J. (2023). *From Windhoek to Auschwitz? Reflections on the Relationship between Colonialism and National Socialism*. Oldenbourg: De Gruyter.
- Zuberi, T. & Bonilla-Silva, E. (eds.) (2008). *White Logic, White Methods. Racism and Methodology*. Lanham: Rowman & Littlefield.

Impressum



Herausgeberin:

Koordinierungsstelle Gesamtstädtischer Aufarbeitungsprozess zu Berlins kolonialer Vergangenheit
Decolonize Berlin e. V.
Lausitzer Straße 10
10999 Berlin
www.decolonize-berlin.de
info@decolonize-berlin.de

Mitherausgeber*innen:

Muna Aikins, Shreyasi Bhattacharya, Mirjam Faissner,
Tanja Gangarova, Awa Naghipour & Robel Abay

Redaktion:

Koordinierungsstelle Gesamtstädtischer Aufarbeitungsprozess zu Berlins kolonialer Vergangenheit

Lektorat:

Fee Wüstenberg

Copyright:

bei der Redaktion und den Autor:innen

Gestaltung:

www.planet-neun.de

Herstellung:

Pinguin Druck GmbH, Berlin



Für die Inhalte der Publikationen ist allein die be-zuschusste Institution verantwortlich. Die hier dar-gestellten Positionen geben nicht den Standpunkt der Senatsverwaltung für Wirtschaft, Energie und Betriebe wieder.

Diese Veröffentlichung wurde gefördert durch die Landesstelle für Entwicklungszusammenarbeit (Senatsverwaltung für Wirtschaft, Energie und Betriebe).



