

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 und Autor*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 bezuschusste Institution verantwortlich. Die hier dargestellten 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).



Policy Brief

Policy Brief – Decolonize Berliner Medizin

Koloniale Kontinuitäten in der Berliner Medizin und Gesundheitsversorgung: Machtkritische Ansätze zu Dekolonisierung und Antirassismus

Hintergrund

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:

1) **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.

- 2) **Rassismus beeinträchtigt den Zugang** zur und die **Qualität** der **Gesundheitsversorgung** mit negativen Auswirkungen auf die Inanspruchnahme und das Vertrauen in das Gesundheitssystem.
- 3) **Rassismus** zeigt sich in institutionellen **Wissensbeständen**, die von **kolonialen Denk- und Handlungsmustern** geprägt sind und **weiße** Wissens- und Handlungsweisen als legitim (als *Norm*) etablieren.
- 4) **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.

Problemfelder – 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** verschleiern.
- wenn gesundheitliche Ungleichheiten **naturalisiert** (als Ausdruck biologischer Unterschiede erklärt) werden oder **kulturalisiert** (als Ausdruck von Verhaltensunterschieden in bestimmten, „nicht-westlichen“ Kulturen erklärt) werden.

... 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).

... 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**, **Fehl Diagnosen** oder Absprechen von Beschwerden können zur **Verzögerung** oder gar **Verweigerung** von Behandlungen führen.

Diskriminierungserfahrungen führen zum **Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem**, **meidender** 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.

... 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.

... in den Communities-basierten Infrastrukturen

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

Lösungsansätze

... für die Forschung

Dekoloniale Wissensproduktion kann zu epistemischer Gerechtigkeit beitragen. Dazu braucht es

1) die gezielte Förderung Communities-basierter Gesundheits- und Versorgungsforschung unter Berücksichtigung macht- und rassistischer sowie forschungsethischer Prinzipien.

2) 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.

... für die Aus- und Weiterbildung

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.

... für die Versorgungspraxis

Die Nutzung von **Race** als biologische Kategorie muss in Leitlinien identifiziert und systematisch eliminiert werden. Stattdessen muss **Race** als **soziale Determinante** berücksichtigt werden. Über Leitlinien können rassistische, 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.

... für die Gesundheitspolitik

– *spezifische Maßnahmen für Asylsuchende und Menschen ohne Krankenversicherung*

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 gesichert werden. Clearingstellen sollen neben einer Beratung auch eine Vermittlung in medizinische Behandlung und Finanzierung von Behandlungskosten ermöglichen.

... für die Communities-basierten Infrastrukturen

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**.