

# Gedanken zu Rassismus im deutschen Gesundheitswesen

## Einleitung

Gesundheit ist ein Menschenrecht (Artikel 25 der UN-Menschenrechtscharta). Um dieses zu gewährleisten sind alle Gesellschaften aufgefordert, dieses Recht im Sinne des UN-Sozialpaktes umzusetzen. Das bedeutet die Versorgung muss angemessen, adäquat, erreichbar, bezahlbar und von ausreichender Qualität sein (Triple A + Q – adequacy, availability, accessibility, [affordability] plus quality).

Unterschiede in der Gesundheitsversorgung haben vielfältige Gründe, sind in allen Ländern der Welt bekannt und in vielen Gesellschaften ist man sich dessen bewusst. Der UN-Sozialpakt verpflichtet die Länder, die ihn ratifiziert haben, das Menschenrecht auf Gesundheit für alle zu implementieren [1] und über die Fortschritte jährlich vor der UN zu berichten, also auch die Bundesrepublik Deutschland. Um mögliche Ungleichheiten zu erkennen bedarf es einer Surveillance und um sie zu lindern, ist es notwendig, ihre Ursachen zu verstehen.

Rassismus ist eine der Ursachen für ungleiche medizinische Versorgung und ungleichen Outcome medizinischer Maßnahmen. Damit ist er auch ein wichtiges Thema für unsere Gesellschaft und insbesondere für alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Personen [2].

Um die Einordnung der Benachteiligung verschiedener Gruppen in der Gesundheitsversorgung zu analysieren, müssen wir uns zunächst den Begriffen annähern.

Definitionsgemäß gibt es wissenschaftlich gesehen keine menschliche Rasse. Insbesondere in Deutschland, wo Rassismus einmal Staatsraison war, ist der Begriff Rasse mit einer biologischen Kategorisierung verbunden und damit nicht (mehr) verwendbar, da es keine unterschiedlichen biologischen Arten von Menschen gibt. Der Begriff „race“ im englischen Sprachraum ist eine soziale Kategorisierung (ähnlich dem Begriff Klasse, also in historischen und sozialen Prozessen hergestellter Begriff) bei dem einzelnen Körpermerkmalen bestimmte Bedeutungen

zugeschrieben werden [3]. Dabei handelt es sich um „sozial imaginierte, keine biologischen Realitäten“. Es ist also problematisch, den Begriff „race“ ins Deutsche mit Rasse zu übersetzen. Dennoch beschreibt Rassismus aber ein Phänomen, das es bei uns gibt und das im angloamerikanischen Sprachgebrauch als „racism“ bezeichnet wird. Im Rahmen dieses Essays möchte ich deshalb den Begriff Rassismus im angloamerikanischen Sinne verwenden. Eine mögliche Definition wäre in Anlehnung an einen Artikel der Ärztin Camara Phyllis Jones vom Center for Disease Control and Prevention in USA [4]:

Rassismus ist Opportunitätsstruktur, also eine Wertzuschreibung und Möglichkeitseröffnung bzw. -verhinderung, die auf einem phänotypischen Erscheinungsbild eines Individuums basiert und damit

- » Individuen und/oder Gruppen unfair benachteiligt,
- » andere Individuen und/oder Gruppen unfair bevorzugt,
- » die Verwirklichung des vollen Potenzials an Möglichkeiten einer Gesellschaft untergräbt durch Verschwendung menschlicher Ressourcen.

Damit wird klar, dass es hier nicht nur um eine medizinische, sondern eine gesamtgesellschaftliche, also auch politische Aufgabe geht.

Um nun zu verstehen, wie sich Rassismus auch auf Gesundheit auswirkt, kann man Rassismus im oben genannten Sinne in drei Kategorien einteilen.

1. Den institutionellen Rassismus,
2. den persönlich vermittelnden (zuschreibenden) Rassismus,
3. den internalisierten Rassismus.

Alle drei Kategorien begegnen uns im Gesundheitssystem, also können wir auf allen drei Ebenen einwirken und zur Verbesserung beitragen.

## Was wissen wir aus anderen Ländern

Diskriminierung und Rassismus finden wir in vielen Gesellschaften. Untersuchungen dazu, insbesondere, was die Gesundheitsversorgung betrifft, gibt es zum Beispiel in Großbritannien und den USA, Australien und Neuseeland.

Dabei stellen sich bei Betrachtung der rassistisch bedingten Ungleichheit im Gesundheitswesen drei wesentliche Faktoren als kritisch heraus.

### 1. Die Versorgungsqualität (Adequacy/Quality)

Es gibt Unterschiede innerhalb der Gesundheitsversorgung bezüglich ärztlicher Behandlung, Kontrolle, Nutzung der Recallsysteme und Vorsorgeangebote, Einhaltung von Standardtherapien und -prozeduren, sprachlicher und kultureller Empathie, (fehlender) kommunaler Überwachung, der Bereitstellung von Dolmetscher-/Sprachmittler-Dienste etc., die zu Qualitätseinbußen in der Behandlung führen.

### 2. Der unterschiedliche Zugang zu Gesundheitsversorgung (Accessibility, Affordability)

Es zeigt sich, dass der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen nicht für alle gleich ist und dass zumindest dort, wo es untersucht wurde, einen Unterschied im Zugang und im Outcome für weiße und nichtweiße Patienten gibt.

### 3. Äußere Faktoren und soziale Möglichkeiten/Teilhabe (Availability und andere)

Der unterschiedliche Umgang der Länder mit Rassismus, gegebenenfalls nationale Kampagnen gegen Rassismus, systematische Konfrontation mit institutionellem Rassismus durch Aufspüren diskriminierender Strukturen in Politik, Alltag und Normen können die Versorgung von Minderheiten positiv, aber bei ausbleibender Aufmerksamkeit auch negativ beeinflussen.

Obwohl auf internationaler Ebene (vgl. UN World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance von WCAR 2001) und nationaler (vgl. „Unequal Treat-

ment: Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care 2002 USA) Schlüsse gezogen wurden, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um diese Faktoren günstig zu beeinflussen, bleibt 20 Jahre später immer noch Einiges zu tun.

## Erfahrungen aus Deutschland

Im Gegensatz zu USA, Vereinigtes Königreich, Australien und Neuseeland gibt es in Deutschland bislang keine systematischen Untersuchungen zu Rassismus in der Medizin. Zu keiner der in der Einleitung genannten Kategorien. Dennoch ist anzunehmen, dass es sich in unserer Gesellschaft und mit unserer (Medizin-)Geschichte nicht anders verhält als in anderen postkolonialen Einwanderungsgesellschaften westlicher Prägung. Auch wenn es keine Studien gibt, können wir einerseits auf Berichte subjektiver Diskriminierungserfahrungen unserer Patientinnen und Patienten, unserer Kolleginnen und Kollegen und unserer Studentinnen und Studenten zurückgreifen, andererseits die Erfahrungen von Nichtregierungsorganisationen (NGO) und Sozialdiensten einbeziehen, die sich mit den Patienten der Randgruppen beschäftigen, die zum Beispiel aus unserem Krankenversicherungssystem herausgefallen sind. Aber auch Untersuchungen zu Erfahrungen von krankenversicherten Migrantinnen und Migranten oder Personen mit Migrationshintergrund (was ebenfalls eine Fremdkategorisierung darstellt und auf zum Beispiel Staatsangehörigkeit abzielt), können Aufschluss geben. Zusätzlich können Erfahrungen, die während der Flüchtlingswelle 2015 bis 2021 im Medizinbereich gemacht wurden, Einblick geben in Diskriminierungsstrukturen des medizinischen Versorgungssystems in Deutschland. Jedem von uns sind Zuschreibungen und Vorurteile auf Grund von Herkunft und Hautfarbe im medizinischen Alltag bereits begegnet. Ein immer wieder beispielhaft auftauchender Begriff ist der sogenannte „Morbus Mediterraneus“, der einen unangemessenen Zusammenhang bzw. Zuschreibung bestimmter Eigenschaften (zum Beispiel erhöhte Schmerzempfindlichkeit) auf die Herkunft aus einer Mittelmeerregion postuliert und damit ein Musterbeispiel rassistischer Diskriminierung darstellt. Erstaunlicherweise ist dieser Begriff aber immer noch Bestandteil medizinischer Lehrmeinung, wie von Münchner Studierenden erst kürzlich berichtet wurde [5]. Menschen, die aus dem Mittelmeerraum kommen, aber als solche nicht erkannt wurden („passing“), berichten, dass, wenn sie sich als solche zu erkennen geben, sich das Verhalten der Ärzte ändert. Daran ist zu erkennen, dass es sich nicht nur um bloße Vorurteile, sondern um systemischen Rassismus handelt [6], oder um in der anfänglichen Gliederung zu bleiben, um zuschreibenden Rassismus.

Im deutschen Gesundheitswesen gibt es keine systematischen Untersuchungen zu rassistischen Phänomenen, aber es gibt Untersuchungen des Robert Koch-Instituts zur Gesundheit und Inanspruchnahme des Gesundheitswesens für Menschen mit Migrationshintergrund. Obwohl es hier um eine sehr heterogene Gruppe geht und die Datenlage dürftig und wenig aktuell ist [7], gibt es Gemeinsamkeiten mit Ergebnissen von Erhebungen aus den USA. Auch bei uns zeigt sich, dass der sozioökonomische Status und/oder die Zugehörigkeit zu einer Minderheit mit schlechterem Zugang zu Dienstleistungen des Gesundheitswesens sowie deren verminderter Inanspruchnahme korrelieren. Ebenso ist eine Korrelation hinsichtlich der individuellen Gesundheitsdaten beziehungsweise der Morbidität im Vergleich zur Mehrheitsgesellschaft festzustellen [5]. Darüber hinaus werden systemische Fehlentwicklungen beschrieben, zum Beispiel, dass Patienten nach einem Aufklärungsgespräch in der Klinik zu ihrer Diagnose und dem bevorstehenden Eingriff nach dem Gespräch mit dem Arzt weniger über ihre Diagnose und den Eingriff wussten als vor dem Gespräch [8]. Da gibt es offensichtlich mehr als nur ein Kommunikationsproblem. Auch die psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere Suizidalität, treffen Patienten mit Migrationshintergrund deutlich häufiger und akuter, als Patienten der Mehrheitsgesellschaft [9].

## Erfahrungen von Betroffenen

Bei Betrachtung von Randgruppen, die aus dem Versicherungssystem herausgefallen sind, zeigt sich, dass die Betroffenen neben den administrativen Barrieren (42,6 Prozent) und Angst vor hohen Kosten (50,5 Prozent) und Sprachbarrieren (33,1 Prozent) auch Diskriminierung im klassischen Gesundheitswesen (4,3 Prozent) als Gründe für das Aufsuchen zum Beispiel einer Open Med-Praxis (Ärzte der Welt) angaben, wobei viele im Vorfeld gar nicht erst versuchen, in den Kassenarztpraxen vorstellig zu werden [10]. Was dem Kriterium des internalisierten Rassismus entspricht. Auch Patientenberichte aus dem Praxisalltag lassen klare Schlüsse zu, dass es in Notaufnahmen, Ambulanzen und Arztpraxen regelmäßig zu rassistischen Zuschreibungen und Ausgrenzungen kommt. Über Art, Häufigkeit und Konsequenzen betroffener Gruppen und Auswirkungen von Diskriminierungsstrukturen auf Gesundheit und Gesellschaft gibt es in Deutschland bisher keine systematischen Untersuchungen.

## Konsequenzen

Obwohl hier nur kleine Ausschnitte beleuchtet werden, zeigt sich, dass alle drei genannten Kri-

terien, der institutionelle, der persönliche und der internalisierte Rassismus im deutschen Gesundheitswesen vorkommen. Es wird klar, dass, um genauere und präzisere Aussagen treffen zu können, dringend umfassende Untersuchungen notwendig sind. Denn nur, wenn wir die Probleme im Zusammenhang mit Diskriminierungsstrukturen in unserem Gesundheitswesen benennen, erkennen und verstehen, können wir mit Aufklärung, Schulung und Verbesserung beginnen. Dabei sind besonders die Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens gefragt, die wie wir aus den angloamerikanischen Studien wissen, einen „makrostrukturellen, herrschaftskritischen Zugang zu Rassismus zugrunde legen“ [11] und natürlich die Universitäten und Ausbildungsstätten der Gesundheitsberufe, von der Sanitäter-Ausbildung und den Pflegeakademien, den Schulen für Medizinische Fachangestellte hin zu den Studiengängen der Pharmazie- und Medizinberufe. Auch in den Weiterbildungsstrukturen der Gesundheitsberufe muss dieses Thema verankert werden.

So können wir beitragen zu einer gesünderen Gesellschaft mit weniger Ungerechtigkeit, weniger Ausgrenzung und besserem Miteinander. Also der Durchsetzung des Menschenrechts auf Gesundheit für alle, unabhängig von Aussehen, Herkunft oder Ethnie. Denn eines ist klar: Es gibt zwar keine Rasse, aber es gibt noch Rassismus. Und dagegen müssen wir auch im Gesundheitswesen dringend etwas tun.

*Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter [www.bayerisches-aerzteblatt.de](http://www.bayerisches-aerzteblatt.de) (Aktuelles Heft) abgerufen werden.*



### Autor

Dr. Mathias Wendeborn

Kinder- und Jugendarzt, München  
Vorsitzender von REFUDOCS e. V.