

NaDiRa-Bericht 2023

Rassismus und seine Symptome

Bericht des Nationalen
Diskriminierungs- und
Rassismusmonitors

Berlin, 07. November 2023



Herausgegeben vom



NaDiRa-Bericht 2023

Rassismus und seine Symptome

**Bericht des Nationalen
Diskriminierungs- und
Rassismusmonitors**

Berlin, 07. November 2023

INHALTSVERZEICHNIS

Was ist der Nationale Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa)?	04
Zusammenfassung zentraler Ergebnisse	08
Der Bericht auf einen Blick: Kurzfassungen der Kapitel	18
Rassismus gefährdet Menschen – Vorwort	26
Historisch-theoretische Vorüberlegungen	36
Forschungszugang und Methodik	45

I.

Allgemeine Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen in Deutschland _____ **73**

1. Das Ausmaß von Diskriminierungserfahrungen im Alltag	77
1.1 Rassistisch markierte Menschen sind von Diskriminierungserfahrungen häufiger betroffen	81
1.2 Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen in unterschiedlichen Kontexten	89
1.3 Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen und Vertrauen in gesellschaftliche Institutionen	94
1.4 Fazit	104

II.

Schwerpunkt: Rassismus und Gesundheit _____ **109**

1. Rassismus, Diskriminierung und Gesundheit: Erste empirische Befunde aus dem NaDiRa.panel	121
1.1 Forschungsdesign: Vorgehen und Konzepte	122
1.2 Selbst eingeschätzte Gesundheit	123
1.3 Mentale Gesundheit: Depressive Symptome	127
1.4 Fazit	131

2. Namensbasierte Diskriminierung beim Zugang zur Gesundheitsversorgung – ein bundesweites Feldexperiment	133
2.1 Forschungsdesign: Ein bundesweites Feldexperiment zur namensbasierten Diskriminierung von Patient*innen	135
2.2 Ergebnisse	136
2.3 Fazit	139
3. Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen in der gesundheitlichen Versorgung	141
3.1 Inanspruchnahme medizinischer Versorgung	143
3.2 Nicht ob, sondern wann: Diskriminierungserfahrungen verzögern Zugang zur medizinischen Versorgung	145
3.3 Psychotherapeutische Versorgung	149
3.4 Diskriminierungserfahrungen in der ärztlichen Behandlung	154
3.5 Fazit	159
4. Community-Perspektiven auf Rassismus in der Gesundheitsversorgung – eine Community-basierte partizipative Studie	161
4.1 Forschungsdesign: Vorgehen und Konzepte	163
4.2 Ergebnisse	169
4.3 Fazit	177
4.4 Handlungsempfehlungen	179
5. Rassismus in der ärztlichen Ausbildung – eine partizipativ-explorative Analyse	183
5.1 Forschungsdesign: Konzepte und Vorgehen	185
5.2 Ergebnisse	188
5.3 Fazit	200
Handlungsempfehlungen	202
Fazit	215
Literaturverzeichnis	220

Was ist der Nationale Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa)?

Der Nationale Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa) soll auf Basis unterschiedlicher Datenquellen dauerhaft verlässliche Aussagen über Ursachen, Ausmaß und Folgen von Diskriminierung und Rassismus in Deutschland treffen. Darauf aufbauend sollen effektive Maßnahmen gegen Rassismus entwickelt werden. Bisher ist die Datenlage zu Rassismus in Deutschland lückenhaft. Trotz internationaler Verpflichtungen fehlen regelmäßige, repräsentative Erhebungen zu Rassismus und seinen Effekten auf die Gesellschaft und auf (potenziell) von Rassismus und Diskriminierung betroffene Menschen.

Mit dem NaDiRa wird es erstmalig in Deutschland möglich, gesellschaftliche Entwicklungen und Trends in Bezug auf Rassismus und Diskriminierung evidenzbasiert zu identifizieren. Zentraler Bestandteil des Monitorings sind repräsentative Umfragen. Ergänzt werden diese durch qualitative Studien, Experimente sowie Analysen von Beratungsdaten, juristischen sowie politischen Dokumenten und medialer Berichterstattung. Die Ergebnisse aus den NaDiRa-Studien und entsprechende Handlungsempfehlungen werden regelmäßig in Berichten veröffentlicht. Diese richten sich sowohl an politische Entscheidungsträger*innen als auch an die Zivilgesellschaft und die breite Öffentlichkeit. Geplant ist ein regelmäßiger Monitoringbericht, der sich mit Rassismus in einem spezifischen Lebensbereich vertieft befasst. In Vorbereitung auf ein langfristig angelegtes Rassismusmonitoring wurden zwischen 2020 und 2021 insgesamt 34 explorative Kurzstudien zu unterschiedlichen thematischen Schwerpunkten durchgeführt, deren Ergebnisse zum größten Teil bereits erschienen sind. Ein bedeutsamer Meilenstein war die Veröffentlichung der Auftaktstudie *Rassistische Realitäten. Wie setzt sich Deutschland mit Rassismus auseinander?* im Mai 2022.

Der hier vorliegende Monitoringbericht knüpft an diese Auftaktstudie an. Er widmet sich den Erfahrungen, die Menschen in Deutschland mit Diskriminierung und Rassismus machen. Dabei geht es sowohl um die Perspektiven der gesamten Bevölkerung wie auch um die der unmittelbar von Rassismus Betroffenen. Der Fokus liegt dabei auf dem Themenfeld **Gesundheit und Gesundheitsversorgung**. Die Corona-Pandemie hat deutlich gezeigt, dass Gesundheitsversorgung nicht für alle gleichermaßen sichergestellt und gewährleistet ist. Die Verteilung von Ressourcen und polarisierende Diskurse im öffentlichen Raum spiegeln soziale Verhältnisse wider, die nicht nur neue Konkurrenzen zwischen Gruppen offenbaren. Sichtbar wurden dabei auch rassistische Stimmungen, die besonders im Fall von antiasiatischem Rassismus sogar in Gewalt umschlugen. Vor diesem Hintergrund werden im vorliegenden Bericht sowohl subjektive Erfahrungen mit Diskriminierung und Rassismus als auch strukturelle Hürden in der Gesellschaft aufgezeigt. Des Weiteren arbeitet der Bericht rassistische Wissensbestände und Stereotypisierungen in der Gesundheitsversorgung heraus.

Der NaDiRa – Hintergrund und politische Relevanz

Im Juli 2020 hat der Deutsche Bundestag erstmals Mittel bereitgestellt, um am Deutschen Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) einen Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitor aufzubauen.

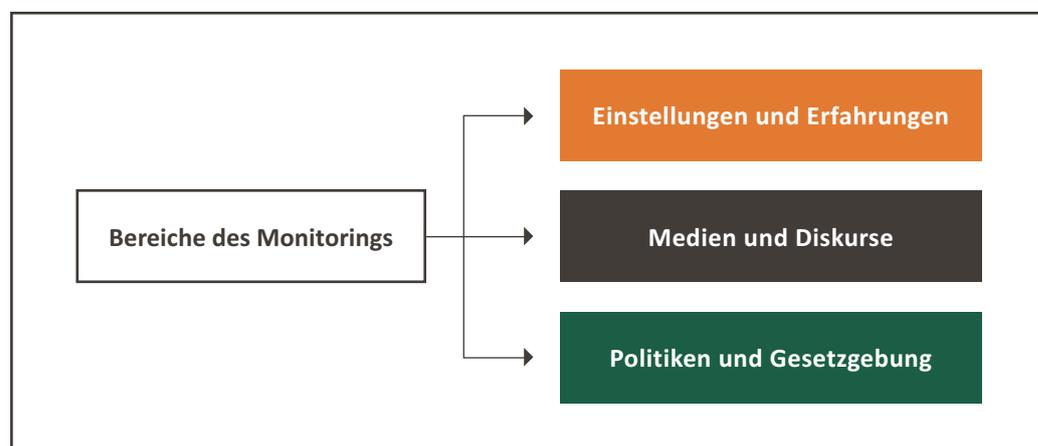
Seit der Wiedervereinigung bis zum Jahr 2020 wurden in Deutschland mindestens 200 Menschen aus rassistischen Gründen ermordet. Eine Serie von migrationsfeindlichen, rassistischen und antisemitischen Morden von 2000 bis 2020 in Deutschland (NSU 2000–2007, Kassel 2019, Halle 2019, Hanau 2020) sowie die Tötung George Floyds durch die Polizei in den USA, die auch in Deutschland eine breite Protestbewegung gegen rassistische Gewalt auslöste, führte im März 2020 zur Einrichtung des Kabinettausschusses zur Bekämpfung von Rechtsextremismus und Rassismus durch die damalige Bundesregierung.

In seinem Maßnahmenkatalog bekräftigte der Kabinettausschuss die „dauerhafte Förderung eines Rassismus- und Antidiskriminierungsmonitors mit perspektivischer Überführung in die institutionelle Förderung des DeZIM-Instituts“ (Presse- und Informationsdienst der Bundesregierung 2020: 7). Die Zuständigkeit für diese Maßnahme liegt beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), von dem das DeZIM als ressortforschungsähnliche Einrichtung gefördert wird. Auch die aktuelle Bundesregierung, die sich Ende 2021 konstituierte, adressiert Rassismusbekämpfung im Koalitionsvertrag sehr deutlich: Die Verstetigung des Rassismusmonitors ist von den Koalitionsparteien in diesem erneut bekräftigt worden.

Inhalte des NaDiRa

Um die Ursachen, das Ausmaß und die Folgen von Rassismus systematisch zu erfassen und im Zeitverlauf abzubilden, untersucht der NaDiRa drei Bereiche.

Abbildung 1. Bereiche des Monitorings



Einstellungen und Erfahrungen – sowohl der Allgemeinheit als auch der Betroffenen

In einer bundesweiten zufallsbasierten Panelstudie werden rund 13.000 Menschen in Deutschland, darunter auch Angehörige von rassistisch markierten Gruppen, regelmäßig zu ihren individuellen Einstellungen zu rassistischen Vorurteilen, Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen sowie ihren subjektiven Wahrnehmungen und Lebensrealitäten befragt. Das NaDiRa Online Access Panel (NaDiRa.panel) ermöglicht sowohl repräsentative Ergebnisse als Momentaufnahme als auch die Erfassung zeitlicher Veränderungen und kurzfristiger Trends.

Medien und Diskurse

Mittels längsschnittlicher Analysen von Mediendaten (wie z. B. überregionalen Tageszeitungen) wird quantitativ und qualitativ analysiert, wie Rassismus in öffentlichen Diskursen und der Medienberichterstattung thematisiert wird und welche Veränderungen sich hier im Zeitverlauf zeigen. Des Weiteren werden für verschiedene Zielgruppen zugängliche Social-Media-Daten ausgewertet, um Mobilisierung und Dynamiken rassistischer Diskurse beschreiben zu können.

Recht und Beratung

Mittels der Untersuchung von politischen Dokumenten, Gesetzen, Verordnungen und anderen relevanten Quellen wird erforscht, wie sich Gerichte mit Rassismus auseinandersetzen. Rekonstruiert wird dabei, wie Rassismus als Vorurteil, als Wissensbestand und als implizite Rechtspraxis zu einer Ungleichbehandlung im deutschen Rechtssystem führen kann. Demgegenüber steht die systematische Untersuchung von Beratungsstrukturen, die Opfer von rassistischer Gewalt und Betroffene von Ungleichbehandlung beraten, sozial unterstützen und in ihrer Rechtsdurchsetzung stärken.

Regelmäßig rotierende Schwerpunkte: „Gesundheit“, „Wohnen“, „Bildung“ und „Arbeit“

In der Bevölkerungsbefragung und in weiteren Studien werden die zentralen Lebensbereiche Gesundheit, Wohnen, Bildung und Arbeit wechselnd in den Blick genommen. Ziel dabei ist es, Aussagen darüber zu treffen, wie und mit welchen Folgen Rassismus in diesen Bereichen wirkt. Langfristig werden Indikatoren für diese zentralen Lebensbereiche entwickelt, um strukturelle Benachteiligungen und Ungleichheiten zu identifizieren und in Vertiefungsstudien zu analysieren.

➔ **Arbeitsweise des NaDiRa: Forschungsdesign und zivilgesellschaftliche Beteiligung**

Der NaDiRa bündelt verschiedene Forschungsfelder – soziologische Einstellungsforschung, sozialpsychologische und experimentelle Vorurteilsforschung, ethnische Ungleichheitsforschung und ökonomische Diskriminierungsforschung. Die Kombination verschiedener methodischer Zugänge ermöglicht eine qualitativ großflächige, validierte und statistisch ausgewiesene Datenerhebung. Der NaDiRa liefert fortlaufend neue Studienergebnisse und leistet einen relevanten Beitrag für die beginnende Institutionalisierung der deutschsprachigen Rassismus- und Diskriminierungsforschung.

Von grundlegender Bedeutung in der Erfassung von Diskriminierung und Rassismus im Rahmen des NaDiRa ist neben der wissenschaftlichen Theorieexpertise und der empirischen Datensicherheit der zivilgesellschaftliche Begleitprozess. Dieser Prozess stellt sicher, dass die Perspektiven derjenigen, die von Rassismus betroffen sind, miteinbezogen werden. Hierzu gehören Vertreter*innen aus den von Rassismus betroffenen Communitys, Initiativen, Organisationen und Verbänden. Um eine hohe Qualitätssicherung zu gewährleisten, werden zusätzlich die Forschungsfragen und -methoden regelmäßig wissenschaftlich renommierten Gutachter*innen vorgelegt und mit diesen reflektiert.

Zusammenfassung zentraler Ergebnisse

- I. Diskriminierungserfahrungen sind allgemein weitverbreitet: Große Teile der Bevölkerung in Deutschland berichten davon. Die Erfahrungen variieren jedoch in ihrer Art, ihrer Häufigkeit, zwischen verschiedenen Gruppen, nach Diskriminierungsmerkmalen und nach sozialen Räumen.

1. Offenkundige Diskriminierung betrifft in den hier untersuchten Gruppen am stärksten Schwarze Menschen. Zum Beispiel gibt fast jede fünfte Schwarze Frau an, immer wieder (mehrmals im Jahr oder häufiger) Bedrohungen oder Belästigungen zu erfahren (19 %), bei Schwarzen Männern sind es 18 %. Unter asiatischen Männern sind es 12 % und bei den asiatischen Frauen 13 %. Bei muslimischen Männern und Frauen liegen die Anteile jeweils bei 13 % bzw. 14 %. Unter den nicht rassistisch markierten Frauen sind es 11 %, bei den Männern hingegen nur 6 %. Subtile Diskriminierungserfahrungen sind insgesamt häufiger und die Unterschiede zwischen rassistisch markierten Menschen und nicht

rassistisch markierten sind im Verhältnis noch deutlicher.

Auch sie werden am stärksten von Schwarzen Menschen gemacht. 37 % aller Schwarzen Männer geben zum Beispiel an, dass ihnen regelmäßig mit Angst begegnet wird. Das ist damit viermal so häufig der Fall wie bei nicht rassistisch markierten Männern (9 %). Und jede fünfte Schwarze Frau (20 %) berichtet, dass ihr immer wieder mit Angst begegnet wird, im Vergleich zu etwa jeder 30. nicht rassistisch markierten Frau (4 %). Unter muslimischen Männern gibt mehr als jede vierte Person an (28 %), dass ihr immer wieder mit Angst begegnet wird. Bei muslimischen Frauen sind es 15 %. Demgegenüber gibt jeder fünfte asiatische Mann an (20 %), dass er solche Erfahrungen gemacht hat. Bei asiatischen Frauen ist es noch jede zehnte Person (10 %).

2. Diskriminierungsmerkmale: Diskriminierung wird aus unterschiedlichen Gründen erlebt, beispielsweise wegen des Alters, einer Behinderung oder chronischen Krankheit (ability), wegen mangelnder Deutschkenntnisse, Migration aus einem anderen Land, eines nicht deutsch klingenden Namens, religiöser Zugehörigkeit oder der Hautfarbe (race); auch wegen des Geschlechts (gender) oder der sexuellen Orientierung werden Menschen diskriminiert; oder wegen ihrer Schichtzugehörigkeit, ihres Einkommens oder aufgrund von Arbeitslosigkeit (class).

Rassistisch markierte Menschen führen ihre Diskriminierungserfahrungen mehrheitlich auf Rassismus zurück und weniger auf Sexismus und Klassismus. Die folgenden Angaben beziehen sich auf jene Personen, die von Diskriminierungserfahrungen berichten. Während 68 % der Schwarzen Männer die Hautfarbe als Diskriminierungsgrund angeben, sind es für die Merkmale Geschlecht nur 6 % und beim Einkommen 20 %. Unter Schwarzen Frauen geben 61 % die Hautfarbe als Diskriminierungsgrund an, beim Geschlecht sind es 25 % und beim Einkommen 15 %. Bei muslimischen Männern geben 54 % die Religion und 63 % das Herkunftsland als Hauptgrund für Rassismuserfahrung an, das Geschlecht nennen nur 4 %, das Einkommen 14 %. 24 % der Muslime geben die Hautfarbe an. Muslimische Frauen geben wiederum zu 61 % die Religion als meist genannten Grund an, gefolgt vom Herkunftsland (56 %), dem Namen (36 %) und den eigenen Deutschkenntnissen (32 %). Das Geschlecht nennen 21 %. Auch bei asiatischen Männern bilden die Faktoren Herkunftsland (58 %), Sprache (38 %) und Hautfarbe (32 %) deutlich stärkere Gründe für Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen als Geschlecht (4 %) und Einkommen (10 %). Bei asiatischen Frauen sind die Hauptgründe für Diskriminierung das Herkunftsland (60 %) und Deutschkenntnisse (45 %). Auch Geschlecht (30 %), Alter (18 %) und Einkommen (13 %) werden als Gründe aufgeführt.

Geschlecht, Alter und Gewicht sind die drei am häufigsten benannten Diskriminierungsmerkmale bei nicht rassistisch markierten Frauen. Knapp 58 % der Diskriminierungserfahrungen werden von diesen Frauen auf ihr Geschlecht zurückgeführt, 38 % auf ihr Alter und 19 % auf ihr Gewicht. Sprache und Religion spielen bei dieser Gruppe für Diskriminierungserfahrungen kaum eine Rolle. Alter, Gewicht und Einkommen sind die drei häufigsten Diskriminierungsmerkmale bei nicht rassistisch markierten Männern. 42 % der Männer ohne rassistische Markierung geben ihr Alter als Diskriminierungsgrund an, 19 % ihr Gewicht und 17 % ihr Einkommen. Arbeitslosigkeit wird nur von 4 % angeführt.

3. Soziale Räume: Menschen erfahren in unterschiedlichen sozialen Räumen (rassistische) Diskriminierung. Dies kann generell in der Öffentlichkeit, etwa auf der Straße oder in öffentlichen Verkehrsmitteln, passieren oder in der Freizeit, zum Beispiel beim Zugang zu Clubs oder Sportstudios, sowie im Kontakt mit Banken, Ämtern und Behörden sowie der Polizei. Auch im Gesundheitsbereich, also in Krankenhäusern oder bei Arztbesuchen, können diskriminierende und rassistische Erfahrungen gemacht werden. Schwarze Menschen erfahren (rassistische) Diskriminierung überproportional in der Öffentlichkeit und bei der Polizei. Jede zweite Schwarze Person berichtet von Diskrimi-

nierungs- und Rassismuserfahrungen in der Öffentlichkeit. Zwei Fünftel der Schwarzen Männer (41 %) geben an, häufiger (rassistische) Diskriminierung durch die Polizei erlebt zu haben. Auch ein Drittel der Schwarzen Frauen gibt dies an (34 %). Muslimische Menschen machen besonders oft Diskriminierungserfahrungen in Ämtern und Behörden, mit der Polizei und im Gesundheitsbereich. Mehr als ein Drittel der muslimischen Männer (39 %) berichtet von häufigeren Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen bei der Polizei, 51 % nennen Ämter und Behörden und 36 % den Gesundheitsbereich. Unter den muslimischen Frauen geben 46 % an, dass sie Diskriminierung in Ämtern und Behörden nicht selten erlebt haben. Im Kontakt mit der Polizei beträgt der entsprechende Anteil 25 % und im Gesundheitsbereich 35 %. Asiatische Menschen geben vor allem Diskriminierungs- und/oder Rassismuserfahrungen bei Ämtern und Behörden und in der Öffentlichkeit an: Fast 40 % der asiatischen Männer und Frauen berichten von häufigeren Diskriminierungs- und/oder Rassismuserfahrungen bei Ämtern und Behörden. In der Öffentlichkeit trifft das auf 36 % der asiatischen Männer und 43 % der asiatischen Frauen zu.

II. Im Gesundheitsbereich werden regelmäßig Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen gemacht - dies betrifft auch nicht rassistisch markierte Menschen.

1. Frauen geben am häufigsten an, negative Erfahrungen im Gesundheitsbereich zu machen. So sagen etwas mehr als zwei Drittel (68 %) der muslimischen Frauen, sie seien schon einmal von Ärzt*innen oder sonstigem medizinischem Personal „ungerechter oder schlechter behandelt“ worden als andere. 35 % sprechen sogar von regelmäßigen derartigen Erfahrungen, womit „sehr oft“, „oft“ oder „manchmal“ gemeint ist. 61 % der nicht rassistisch markierten Frauen berichten von ungerechter und schlechterer Behandlung gegenüber anderen. Davon erleben 26 % diese Erfahrungen regelmäßig. Mehr als zwei Drittel der Schwarzen Frauen (67 %) geben an, im Gesundheitswesen ungerechter und schlechter als andere behandelt worden zu sein. Von diesen Schwarzen Frauen machen 39 % diese Erfahrung regelmäßig. Unter asiatischen Frauen geben 61 % an, dass sie im Gesundheitsbereich eine ungerechte und schlechte Behandlung erfahren haben, 29 % davon regelmäßig. Auch 60 % der Schwarzen Männer geben an, im Gesundheitswesen diskriminiert worden zu sein, 25 % regelmäßig.

2. Repräsentative Daten zeigen, dass die Diskriminierungserfahrungen Folgen für die Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung und die Gesundheitsversorgung insgesamt haben. Mehr als jede dritte Person aus den rassistisch markierten Gruppen gibt an, ihre*n Ärzt*in gewechselt zu haben, weil ihre Beschwerden nicht ernst genommen wurden (34 %). Bei nicht rassistisch markierten Menschen berichtet dies nur knapp jede vierte Person (24 %). Frauen sind besonders betroffen. Muslimische (39 %) und asiatische Frauen (37 %) machen häufiger die Erfahrung, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen werden. Bei nicht rassistisch markierten Frauen sind es rund 29 %. Auch rassistisch markierte Männer sind betroffen. Muslimische (27 %) und asiatische Männer (25 %) geben häufiger als nicht rassistisch markierte Männer (19 %) an, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen werden. Der sogenannte Morbus Mediterraneus - die rassistische Annahme, dass „Südländer“, vor allem aus Italien, der Mittelmeerregion oder vom Balkan, besonders schmerzempfindlich seien - trifft somit auf sämtliche rassistisch markierte Gruppen zu und wäre daher eher als ein „Morbus Aliorum“ zu bezeichnen. Über die Gruppe der rassistisch Markierten hinaus gibt es offenbar eine Tendenz, allen – außer nicht rassistisch markierten Männern - zuzuschreiben, sie würden ihre Schmerzen übertreiben. Zudem vermeiden es Menschen, Ärzt*innen aufzusuchen.

wenn sie befürchten, dort Diskriminierung zu erfahren. So gibt jede siebte Schwarze Frau an (14 %), dass sie in den letzten 12 Monaten eine medizinische Behandlung verzögert oder vermieden hat, weil sie befürchtete, weniger ernst genommen oder schlechter behandelt zu werden als andere Menschen. Auch jede achte muslimische (13 %) und asiatische Frau (13 %) verzögerte eine Behandlung aus diesen Gründen. Unter Schwarzen Männern ist es jede zwölfte Person (8 %), wobei die Werte für muslimische (7 %) und asiatische Männer (7 %) ähnlich hoch ausfallen. Bei nicht rassistisch markierten Männern ist es rund jede 30. Person (4 %), die eine Behandlung aus Angst vor Diskriminierung verzögert oder vermieden hat.

3. Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird auch durch die Terminvergabe in medizinischen Praxen eingeschränkt, was mit einem Experiment nachgewiesen wurde. Die Wahrscheinlichkeit, dass Frauen und Männer mit einem Namen, der in Nigeria oder der Türkei verbreitet ist, eine positive Antwort auf ihre Terminanfrage erhalten, ist deutlich und signifikant niedriger als bei Frauen und Männern mit einem in Deutschland verbreiteten Namen. Die stärksten Unterschiede zeigen sich bei Psychotherapeut*innen.

4. Qualitative und partizipative Befunde zeigen, dass rassistische Wissensbestände auch im Gesundheitsbereich vorhanden sind und Folgen für die Diagnostik haben können. In Lehrmaterialien der medizinischen Ausbildung lässt sich eine Überrepräsentation rassistisch markierter Gruppen in Verbindung mit abwertenden Darstellungen finden. Diese werden zum Beispiel mit „übermäßige[m] Alkohol- und Drogenkonsum“ oder „erhöhtem Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten“ in Verbindung gebracht. Schwarze Frauen berichten davon, in der Gesundheitsversorgung hypersexualisiert zu werden. In der Folge werden Schwarzen Frauen häufig Testungen für sexuell übertragbare Krankheiten oder HIV-Infektionen angeboten. Muslimisch gelesene Frauen berichten davon, dass ihnen eine eigenständige Sexualität abgesprochen wird. Medizinische Kräfte sähen demnach keinen Grund, gewisse Gesundheitsdienstleistungen (etwa eine STI-Testung) bei muslimischen Frauen durchzuführen.

III. Diskriminierung und Rassismus schaden mittelbar auch der Gesamtgesellschaft.

1. Die Erfahrungen von (rassistischer) Diskriminierung schaden dem allgemeinen und mentalen Gesundheitsempfinden der Betroffenen. Häufige Diskriminierungserfahrungen hängen mit

einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Angststörungen oder depressive Symptome zusammen. Zugleich haben diese Menschen einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung und sind damit unmittelbar von Einschränkungen und Defiziten betroffen, die auf Diskriminierung und Rassismus zurückzuführen sind. Neben den Betroffenen kann (rassistische) Diskriminierung auch die Gesamtgesellschaft belasten, etwa durch zusätzliche Gesundheitskosten und Arbeitsausfälle.

2. Von Rassismus betroffene Personen haben im Durchschnitt eigentlich ein größeres Vertrauen in Institutionen als jene, die nicht von Rassismus betroffen sind. Lediglich mit Blick auf Polizei und Justiz zeigen sich kaum Unterschiede. Aber: Vertrauensverluste stehen in einem Zusammenhang mit (rassistischen) Diskriminierungserfahrungen: So können konkrete rassistische Diskriminierungserfahrungen, unabhängig von Diskriminierungskontexten und -merkmalen, mit gravierenden Vertrauensverlusten in konkrete institutionelle Bereiche einhergehen.

Der Bericht auf einen Blick: Kurzfassungen der Kapitel

➔ Repräsentativ befragt (NaDiRa.panel) und experimentell nachgewiesen

I. ALLGEMEINE DISKRIMINIERUNGS- UND RASSISMUSERFAHRUNGEN IN DEUTSCHLAND

- **Diskriminierungserfahrungen sind in Deutschland weitverbreitet und werden überproportional häufig von rassistisch markierten Menschen erlebt:** Personen, die sich als Schwarz, muslimisch oder asiatisch identifizieren, berichten weitaus häufiger sowohl von subtilen als auch offenkundigen Diskriminierungserfahrungen als nicht rassistisch markierte Personen. Männer geben tendenziell häufiger Diskriminierung an als Frauen. Schwarze Personen berichten für alle erfragten Situationen am häufigsten von Diskriminierungserfahrungen. Rassistisch markierte Personen führen ihre Erfahrungen in der Mehrheit auf Merkmale rassistischer Markierung zurück wie Hautfarbe, Religion oder Deutschkenntnisse.
- **Diskriminierungserfahrungen variieren nach sozialen Räumen:** (Rassistische) Diskriminierung wird je nach gesellschaftlichem Bereich unterschiedlich erlebt. Laut den Berichten Schwarzer Menschen treten ihre Diskriminierungserfahrungen zumeist im Umgang mit der Polizei sowie in der Öffentlichkeit und Freizeit auf. Muslim*innen berichten am stärksten von (rassistischer) Diskriminierung in Ämtern und Behörden.
- **Niedrigeres Vertrauen in Institutionen hängt mit steigendem Diskriminierungs- und Rassismuserleben zusammen:** Rassistisch markierte Personen weisen grundsätzlich höhere Vertrauenswerte gegenüber den Institutionen in Deutschland auf als nicht rassistisch markierte Personen. Zudem ist das Vertrauensempfinden dieser Gruppen bei schlechten Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung weit resilienter als bei nicht rassistisch markierten Menschen. Im Vergleich zu jenen, die keine Diskriminierung erfahren haben, geben diejenigen, die in den jeweiligen Institutionen bereits Ungleichbehandlung erlebt haben, jedoch weitaus seltener an, diesen Institutionen tendenziell zu vertrauen.

II.1 RASSISMUS, DISKRIMINIERUNG UND GESUNDHEIT: ERSTE EMPIRISCHE BEFUNDE AUS DEM NADIRA.PANEL

- **Die Gesundheitswahrnehmung verschlechtert sich mit zunehmender Diskriminierungs- und Rassismuserfahrung:** Personen, die von keinen Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen berichten, schätzen ihre Gesundheit durchschnittlich als gut ein (3,0 auf der Gesundheitsskala). Personen, die häufig Rassismus und Diskriminierung erleben, schätzen ihre Gesundheit als eher mittelmäßig ein (< 2,5 auf der Gesundheitsskala).
- **Muslimische Frauen sind besonders betroffen:** Im Vergleich zu nicht rassistisch markierten Männern schätzen muslimische Frauen ihren Gesundheitszustand durchgängig als schlechter ein. Auch nach Berücksichtigung von Soziodemografie und Diskriminierungserfahrungen haben muslimische Frauen – verglichen mit nicht rassistisch markierten Männern – einen subtilen Nachteil.
- **Rassismuserfahrungen und psychische Belastung hängen zusammen:** Mit Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen steigen bei Betroffenen die Symptome einer Angststörung und depressiven Erkrankung an, insbesondere bei Personen, die regelmäßig diese Erfahrungen machen. Gegenüber nicht rassistisch markierten Menschen haben insbesondere muslimische und asiatische Menschen eine höhere Wahrscheinlichkeit (im Durchschnitt etwa 10 Prozentpunkte), moderate oder schwerwiegende Symptome von Depressionen und Angststörungen aufzuzeigen.

II.2 NAMENSBASIERTE DISKRIMINIERUNG BEIM ZUGANG ZUR GESUNDHEITSVERSORGUNG – EIN BUNDESWEITES FELDEXPERIMENT

- **Diskriminierung findet bei der Terminvergabe aufgrund des Namens statt:** Patient*innen mit Namen, die in der Türkei und Nigeria besonders verbreitet sind, werden bei der Terminvergabe in den Praxen niedergelassener Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen diskriminiert – trotz identisch formulierter Terminanfragen. Frauen und Männer mit solchen Namen erhalten im Vergleich zu Personen mit einem in Deutschland verbreiteten Namen seltener positive Antworten. Diese diskriminierende Behandlung bei der Terminvergabe widerspricht dem ärztlichen Gelöbnis der Gleichbehandlung von Hilfesuchenden.
- **Keine Diskriminierung bei Kinderärzt*innen:** Kinder werden bei der Terminvergabe in der pädiatrischen Versorgung gleichbehandelt. Für pädiatrische Praxen finden sich keine Hinweise auf namensbasierte Diskriminierung.

- **Bevorzugung von Patient*innen mit Privatversicherung und Dokortitel:** Patient*innen mit privater (vs. gesetzlicher) Krankenversicherung und Dokortitel (vs. ohne Dokortitel) werden bei der Terminvergabe bevorzugt behandelt. Patient*innen mit Namen, die in der Türkei und Nigeria verbreitet sind, profitieren von dieser Bevorzugung jedoch weniger stark als Patient*innen mit in Deutschland besonders verbreiteten Namen.

II.3 RASSISMUS- UND DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN IN DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG

- **Inanspruchnahmen werden aus Angst vor Diskriminierung verzögert:** Es zeigen sich Unterschiede bezüglich des Zeitpunkts der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen. Von Rassismus betroffene Menschen geben häufiger als nicht Betroffene an, dass sie Ärzt*innen später oder gar nicht aufsuchen. Besonders gilt dies für rassismuskvulnerable Frauen.
- **Die Suche nach einer psychotherapeutischen Behandlung wird eher aufgegeben:** Jede dritte rassistisch markierte Person hat bereits aufgegeben, sich um einen psychotherapeutischen Termin zu bemühen. Bei Menschen, die nicht von Rassismus betroffen sind, ist es knapp jede fünfte Person. Unter den Personen, die häufig Diskriminierung im Gesundheitswesen erleben, fällt dieser Effekt besonders stark aus: Unter Schwarzen, muslimischen und asiatischen Menschen gibt mehr als die Hälfte an, dass sie ihre Suche nach einem Therapieplatz aufgegeben hat. Die allgemeine Unterversorgung im psychotherapeutischen Behandlungsangebot trifft somit rassistisch markierte Personen besonders stark.
- **Beschwerden werden nicht ernst genommen:** Viele Personen machen in der ärztlichen Versorgung die Erfahrung, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen werden. Hierbei werden geschlechtsspezifische Unterschiede sichtbar. Frauen geben gegenüber Männern häufiger an, dass sie aus diesem Grund bereits den*die Ärzt*in wechseln mussten. Das gilt insbesondere für von Rassismus betroffene Frauen. Bei den Männern sind es im Vergleich die rassistisch markierten, die öfter davon berichten, dass ihre Beschwerden bei der ärztlichen Behandlung nicht ernst genommen werden.
- **„Morbus Aliorum“ – die Krankheit der „Anderen“:** Wenn Beschwerden und Schmerzen nicht ernst genommen werden, kann dies zu Fehldiagnosen führen. In den Befunden zeigt sich diesbezüglich eine Norm des nicht rassistisch markierten Mannes. In Abgrenzung zu diesem wird allen

anderen Gruppierungen das rassistische Stereotyp der Schmerzüberempfindlichkeit zugeschrieben. Sowohl Frauen – gleich ob rassistisch markiert oder nicht – als auch Männer, die rassistisch markiert sind, geben deutlich häufiger an, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen werden und ihnen unterstellt wird, mit ihren Beschwerden zu übertreiben. In der Medizin gibt es für diese rassistische Annahme die Begriffe „Morbus Mediterraneus“, „Morbus Balkan“ oder „Mamma-mia-Syndrom“. Damit wird impliziert, dass „Südländer“, vor allem aus Italien, der Mittelmeerregion oder vom Balkan, zu empfindlich seien. Unsere Befunde weisen nach, dass dieses Stereotyp weit mehr Menschen betrifft. Insbesondere Frauen laufen über alle Gruppen hinweg Gefahr, in der Folge eine inadäquate medizinische Versorgung zu erhalten.

➔ Partizipativ geforscht

II.4 COMMUNITY-PERSPEKTIVEN AUF RASSISMUS IN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG – EINE COMMUNITY-BASIERTE PARTIZIPATIVE STUDIE

- **Muslimische und Schwarze Menschen erfahren Ungleichheiten durch Othering („Veränderung“):** Studienteilnehmende berichten davon, in Interaktionen mit medizinischen Praxen und Krankenhäusern mittels Stereotypisierung als wesentlich „Andere“ verortet zu werden. Zugleich werden sie als nicht zugehörig und abweichend kategorisiert und abgewertet. In der Folge kann es zu Benachteiligungen kommen – zum Beispiel durch Verzögerungen und Diskriminierung bei der Behandlung sowie Fehleinschätzung von Beschwerden. Als mögliche Folgen werden der Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem und eine Verschlechterung der Gesundheit der Betroffenen dokumentiert.
- **Othering stellt sich in Bezug auf muslimisch gelesene und Schwarze Menschen unterschiedlich dar:** In der Gesundheitsversorgung kann Othering zu unterschiedlichen Formen der Benachteiligung führen. Schwarzen und muslimischen Studienteilnehmenden wird wahlweise Schmerzüber- bzw. -unempfindlichkeit, Hypersexualität oder keine selbstbestimmte Sexualität unterstellt, was zu unterschiedlichen Formen der Benachteiligung führen kann.
- **Silencing verhindert die Thematisierung von Rassismus:** Die wiederholten Erfahrungen mit Othering, Entwertung und Ignoranz können dazu führen, dass Studienteilnehmende indirekt zum Schweigen gebracht werden oder aus Angst vor Konsequenzen selbst verstummen.
- **Das Menschenrecht auf Gesundheit ist für Asylsuchende gesetzlich eingeschränkt:** Strukturell bedingte Unterschiede ergeben sich

bei asylsuchenden Studienteilnehmenden. Geflüchtete berichten, wie die gesetzlich vorgeschriebene Vergabe von Behandlungsscheinen durch die Sozialämter zur Verzögerung oder sogar Verhinderung der medizinischen Behandlung von erkrankten Menschen führt und wie nicht medizinisch qualifiziertes Personal über die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung entscheidet. Zudem gilt die im AsylbLG verankerte Einschränkung der Gesundheitsleistungen für Asylsuchende, die dazu führt, dass bestimmte gesundheitsrelevante Leistungen für einige Studienteilnehmende nicht übernommen werden.

➔ **Wissenskanon hinterfragt**

II.5 RASSISMUS IN DER ÄRZTLICHEN AUSBILDUNG – EINE PARTIZIPATIV-EXPLORATIVE ANALYSE

- **Unterrepräsentationen rassistisch markierter Patient*innengruppen in der Lehre:** In medizinischen Lehrmaterialien und der Lehre selbst werden rassistisch markierte Gruppen weitgehend und systematisch nicht berücksichtigt. Zum Beispiel kommen Personen mit dunklen Hauttypen in dermatologischen und anderen Lehrmitteln fast gar nicht vor. Zudem werden kolonialmedizinische Hintergründe vielfach ausgeblendet.
- **Rassistisch markierte Patient*innengruppen als Abweichung von der Norm:** Werden rassistisch markierte Gruppen in medizinischen Lehrmaterialien und der Lehre berücksichtigt, geschieht dies häufig im Zuge einer Verortung jenseits vermeintlich westlicher oder deutscher Normen und Werte. Dabei werden sehr verschiedene Gruppen als „fremdartig“, „anders“ oder „besonders herausfordernd“ generalisiert. Gleichzeitig werden sie durch spezifische Zuschreibungen stereotypisiert und häufig mit bestimmten Krankheitsbildern (z. B. HIV oder Tuberkulose) oder Verhaltensweisen (z. B. Alkohol- und Drogenkonsum) verknüpft.
- **Das ärztliche Selbstbild erschwert die Reflexion von Rassismus:** Im Medizinstudium wird ein normatives Selbstbild der Ärzt*innenschaft gefördert, das sich in Abgrenzung zu einem stereotypisierten und exotisierten „Anderen“ oder „Fremden“ konstituiert. Sowohl rassistisch markierte Patient*innen als auch Medizinstudierende und Ärzt*innen fallen aus diesem Bild heraus. Zusätzlich stellen Selbstzuschreibungen und gesellschaftliche Erwartungen ärztlicher Neutralität eine Barriere für eine kritische Auseinandersetzung mit Rassismus dar. Als gesellschaftlich nicht gebilligtes Phänomen läuft Rassismus

den Ansprüchen auf humanistische Neutralität diametral entgegen, wird deshalb tabuisiert und ignoriert.

- **Institutionelle Strukturen halten rassistische Verhältnisse aufrecht:** Medizinische Versorgung ist häufig von Personalmangel, Zeitknappheit, großer Arbeitsbelastung und starren Hierarchien geprägt. Diese Faktoren können dazu beitragen, Rassismus aufrechtzuerhalten und zu verstärken.

➔ **Rassismus, Diskriminierung, rassistische Diskriminierung – eine kurze Begriffsklärung**

Die Begriffe „Rassismus“, „Diskriminierung“ und „rassistische Diskriminierung“ weisen Überschneidungen auf, sind aber nicht deckungsgleich.

Im Kern wird Rassismus als eine Ideologie sowie als eine diskursive und soziale Praxis verstanden, in der Menschen (1) aufgrund von körperlichen Merkmalen in verschiedene Gruppen eingeteilt werden (Kategorisierung), denen (2) per „Abstammung“ verallgemeinerte, verabsolutierte und unveränderliche Eigenschaften zugeschrieben werden (Generalisierung und Rassifizierung), die (3) bewertet und (zum Vorteil der eigenen Gruppe) mit sozialen Rangstufen verbunden werden (Hierarchisierung), womit (4) ungleiche Behandlung und gesellschaftliche Macht- und Dominanzstrukturen reproduziert und begründet werden (Legitimierung) (vgl. DeZIM 2022: 16–17; siehe auch Abschnitt [Was ist Rassismus? – Begriffsverständnis und Funktionsweise](#)).

Diskriminierung bezeichnet die benachteiligende Behandlung von Personen oder Gruppen. Nicht alle Formen der Diskriminierung sind auf Rassismus zurückzuführen. Rechtlich wird Diskriminierung anhand sogenannter Diskriminierungsmerkmale gefasst. Dazu zählen insbesondere: Geschlecht, „Rasse“, Behinderung und Religion. Häufig erfolgt Diskriminierung an unterschiedlichen Schnittstellen zugleich – also aufgrund mehrerer Merkmale, die sich verschränken. Man spricht hier von Intersektionalität (vgl. Crenshaw 1989). Rechtlich maßgeblich ist das besondere Diskriminierungsverbot in Artikel 3 Absatz 3 GG und das auf europarechtlichen Vorgaben beruhende Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG). Diskriminierung als



gesellschaftliches Phänomen geht über rechtlich anerkannte Formen hinaus. So werden in der Sozialwissenschaft, aber auch auf Landesantidiskriminierungsebene weitere Diskriminierungsdimensionen berücksichtigt, wie soziale Schichtung (als Klassenfrage), Geschlechtsidentität und sexuelle Orientierung.

Rassistische Diskriminierung stellt – neben zum Beispiel sexistischer oder altersbezogener – eine konkrete Form der Diskriminierung dar. Sie ist eine Praxis der benachteiligenden Behandlung von Personen oder Gruppen ausgehend von rassistischer Differenzierung und kann absichtlich oder unabsichtlich erfolgen. Vor dem Hintergrund des gesellschaftlichen Anspruchs von Chancengerechtigkeit und des gleichberechtigten Zugangs zu Ressourcen ist rassistische Diskriminierung, anders als Rassismus, juristisch verboten. Sozialwissenschaftlich bildet sie einen Indikator für die empirische Erfassung des Ausmaßes und der Folgen von Rassismus. Diese Erfassung erfolgt auf individueller Ebene über die Betrachtung interpersoneller Erfahrung etwa in Institutionen oder anderen gesellschaftlichen Kontexten.

➔ Terminologie und Sprache

Da die deutschsprachige Rassismusforschung bisher kaum institutionalisiert ist, steht eine fundierte Grundlagenforschung noch aus. Zudem betrachtet die Rassismusforschung ein komplexes Analysephänomen, das ein breites Feld von theoretischen und empirischen Zugängen umfasst. Insofern existieren noch keine eindeutigen Fachtermini. Im internationalen Vergleich liegen bereits weiter ausgearbeitete Begrifflichkeiten und Termini vor, die hier berücksichtigt bzw. diskutiert werden und in die deutschsprachige Wissensproduktion Eingang finden. In der Auftaktstudie *Rassistische Realitäten* (2022) wurden die Begriffe „rassifiziert“ und „nichtrassifiziert“ zur Beschreibung unterschiedlicher Positionen in rassistischen Verhältnissen verwendet. Vor dem Hintergrund theoretischer Reflexionen wurde nun eine Anpassung hin zu folgendem Bezeichnungsapparat vorgenommen, der laufend weiterentwickelt wird:

rassistisch markiert – nicht rassistisch markiert

(Fokus: Prozesshaftigkeit)

von Rassismus betroffen – nicht von Rassismus betroffen

(Kontext: Betroffenenperspektive)

durch Rassismus gefährdet – nicht durch Rassismus gefährdet

(Kontext: Sicherheit)

rassismuskvulnerabel – nicht rassismuskvulnerabel

(Kontext: Psychosoziales)

Rassismus gefährdet Menschen – Vorwort

Rassismus ist in Deutschland kein Randphänomen, sondern betrifft in direkter und indirekter Form einen großen Teil der Gesellschaft. Die Befunde unserer Auftaktstudie *Rassistische Realitäten – Wie setzt sich Deutschland mit Rassismus auseinander?* (2022) haben gezeigt, dass der überwiegende Teil der deutschen Bevölkerung dies auch anerkennt und Rassismus nicht als ein marginales Phänomen abtut. Vielmehr benennen 90 % der Bevölkerung in Deutschland Rassismus als ein Problem. 58 % der potenziell von Rassismus betroffenen Menschen haben tatsächlich mindestens einmal in ihrem Leben Rassismus erfahren. Werden Erlebnisse von Bezugspersonen und indirekte Rassismuserfahrungen – also beobachtete oder unmittelbar erzählte – dazugerechnet, gibt lediglich ein Drittel der Bevölkerung an, bisher noch nie mit Rassismus in Berührung gekommen zu sein.

Dieser Monitoringbericht knüpft an diese Befunde aus der Auftaktstudie an und liefert neue Ergebnisse zum Thema Diskriminierung und Rassismus in Deutschland. Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen sind noch immer weitverbreitet, laut unseren Ergebnissen treten sie auch besonders häufig in der gesundheitlichen Versorgung auf. Dem Themenfeld Gesundheit und Gesundheitsversorgung wird daher in dem vorliegenden Bericht besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Dabei werden die Perspektiven derjenigen in den Blick genommen, die potenziell von Rassismus betroffen sind. Mit den repräsentativen Erhebungen des NaDiRa.panels kann nachgewiesen werden, dass Rassismus über die gesundheitsgefährdenden Folgen für die Betroffenen hinaus auch negative Folgen für das Vertrauen in staatliche Institutionen und die Gesundheitsversorgung hat. Das bedeutet, dass sich Rassismus potenziell destabilisierend auf Institutionen auswirkt.

Rassismus und seine Folgen für die Gesellschaft

Im Jahr 2023 ist unsere gesellschaftspolitische Gegenwart von multiplen Krisen wie Krieg, Pandemie, Klimakatastrophen und Flucht herausgefordert. Die Folgen sind unter anderem Inflation und eine zunehmende sozioökonomische Ungleichheit. Hier bieten diskriminierende Stereotype und rassistische Wissensbestände vielen ein Repertoire an Erklärungen, um die komplexen sozialen und ökonomischen Krisen auf scheinbar eindeutige und einfache Antworten zu reduzieren. Die Corona-Pandemie verdeutlichte, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen in dieser Zeit stärker von Rassismus betroffen waren als andere. Währenddessen konnte in Deutschland neben einem bislang kaum benannten antiasiatischen Rassismus (vgl. Plaga 2020; Priebe 2020; Suda & Köhler i. E.) auch eine Zunahme von antisemitischen Verschwörungsnarrativen (vgl. Berek 2021) beobachtet werden. Der russische Angriffskrieg auf die Ukraine hat ebenfalls rassistische Dynamiken in der Gesellschaft verstärkt, indem Vorurteile und Stereotype gegenüber bestimmten rassistisch markierten oder

nationalen Gruppen geäußert (vgl. Panagiotidis & Petersen 2023) und/oder hierarchische Rangordnungen zwischen verschiedenen Gruppen Geflüchteter aufgestellt werden (vgl. Pallokat & Poth 2022). Auch die Folgen des globalen Klimawandels können rassistische Dynamiken befördern, da sie dazu beitragen, bestehende soziale und ökonomische Ungleichheiten noch weiter zu verschärfen (vgl. Ituen & Hey 2021; Quent, Richter & Salheiser 2022).

Krisen können also zu steigender Ungleichheit und Verteilungskämpfen führen. Die Sehnsucht nach einer „intakten“ Vergangenheit wird dabei häufig verknüpft mit Vorstellungen von einer Zeit, die scheinbar noch homogen war. Die Krisenhaftigkeit wird somit direkt mit der Figur des „Anderen“ gekoppelt. Um diesen Prozessen der offenen Entsolidarisierung und der Verstärkung von rassistischer Hetze effektiv entgegenwirken zu können, ist es notwendig, etablierte rassistische Wissensstrukturen in Vorurteilssystemen sichtbar zu machen und ihre Auswirkungen auf Praktiken in relevanten Institutionen zu erkennen. Auf diese Weise kann es gelingen, notwendige Ansatzpunkte für antirassistische Handlungsmaßnahmen zu identifizieren.

Rassismus gefährdet die Demokratie

Wenn in einer Gesellschaft von Rassismus betroffene Gruppen aufgrund von systematischen Benachteiligungen im Alltag und innerhalb unterschiedlicher Institutionen ausgeschlossen werden, hat dies auch Vertrauensverluste und somit Legitimationsprobleme für Demokratien zur Folge (vgl. Wintermantel 2020: 27). Die Normalisierung rassistischer Ideologien und Praktiken stellt daher nicht nur eine Gefahr für die gesellschaftliche Teilhabe und die körperliche Unversehrtheit der Betroffenen dar, sondern hat sich zu einer ernst zu nehmenden Gefährdung der pluralen Demokratie der Bundesrepublik entwickelt. Dies hat auch Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier bekräftigt, als er anlässlich der Internationalen Wochen gegen Rassismus 2021 sagte, Rassismus sei in Deutschland ein „Problem“, denn er gefährde „das freiheitliche Miteinander, die friedliche Vielfalt von Kulturen, Religionen und Überzeugungen, unsere Demokratie“ (Der Bundespräsident 2021). Neben dem Schaden, den Rassismus bei rassistisch markierten Personengruppen verursacht, bedroht er somit die demokratische Verfasstheit der Bundesrepublik und stellt eine grundlegende politische Herausforderung dar. Hierbei geht es primär um die Frage, welche Rolle Rassismus in der Destabilisierung eines liberal-demokratischen Systems und einer möglichen Entwicklung hin zu illiberalen Demokratien spielen kann (vgl. Vormann & Weinman 2020). Darüber hinaus geht es neben diesen demokratietheoretischen Aspekten gegenwärtig auch um eine symbolische oder moralische Schwächung der Gesellschaft sowie ökonomische und außenpolitische Auswirkungen, die von Rassismus ausgehen können.

Rassismus gefährdet den Wirtschaftsstandort

Neben den negativen Folgen für das Vertrauen in demokratische Strukturen und Institutionen lassen sich aktuell bereits ökonomische Folgen für die deutsche Gesellschaft beobachten. Berechnungen des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der

Bundesagentur für Arbeit prognostizieren der deutschen Wirtschaft bis zum Jahr 2025 ein Defizit von rund sieben Millionen Arbeitskräften. Dieses Defizit wird zu großen Teilen durch Fachkräfteeinwanderung aufgefangen werden müssen (vgl. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung [IAB] 2021). In unterschiedlichen Segmenten des Arbeitsmarktes ist die deutsche Gesellschaft mittlerweile auf ausländische Arbeitskräfte angewiesen (vgl. Grabka & Göbler 2020; Loschert, Kolb & Schork 2023). Die Absichtserklärung für „faire Einwanderung“ von Pflegepersonal zwischen Deutschland und Brasilien, die Bundesarbeitsminister Hubertus Heil und sein brasilianischer Amtskollege Luiz Marinho im Juni 2023 unterzeichneten, verdeutlicht, dass der Pflegebereich hiervon besonders betroffen ist (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2023; Pütz et al. 2019). Im Vergleich zur Arbeitskraftanwerbung des vergangenen Jahrhunderts zeigen sich hier jedoch veränderte Dynamiken, die mit den Mobilitätsoptionen und professionellen Qualifikationen von Arbeitskräften im Kontext globalisierter Wettbewerbsmärkte zusammenhängen. Insbesondere rassistisch markierte Menschen mit höherem sozioökonomischem Status verfügen zuweilen über Möglichkeiten, sich in ihren Berufsbiografien nicht mehr solchen Arbeitsbedingungen und Lebensumständen unterwerfen zu müssen, die mit Rassismus zusammenhängen. So geben zwei Drittel der hochqualifizierten Fachkräfte aus Drittstaaten an, in Deutschland Rassismus und Diskriminierung erlebt zu haben. Diese Erfahrungen mit Rassismus, Unfreundlichkeit und Kälte tragen im Zusammenspiel mit anderen Gründen zu einer erneuten Abwanderung bei bzw. führen dazu, dass Deutschland wenig attraktiv für Fachkräfte aus dem (insbesondere nichteuropäischen) Ausland erscheint (vgl. Boockmann et al. 2022; OECD 2023). Sollten von Rassismus betroffene Menschen nicht die Bedingungen vorfinden, um in Deutschland dauerhaft arbeiten und leben zu wollen, so können Rassismus und Diskriminierung demnach auch den wirtschaftlichen Wohlstand des Landes schwächen.

Rassismus gefährdet Deutschlands internationales Ansehen

Das internationale Ansehen Deutschlands hängt seit seiner symbolischen Wiederaufnahme in die internationale Staatengemeinschaft im Anschluss an den Zweiten Weltkrieg von der Einhaltung internationaler Abkommen und Verträge ab. Es sind menschenrechtliche und internationale Verpflichtungen, die eine verstärkte Beschäftigung mit Rassismus und Diskriminierung in Deutschland vorangetrieben haben und weiterhin erfordern. Als Mitglied der Vereinten Nationen (United Nations – UN) ist Deutschland an die Bestimmungen der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und an die durch die Bundesregierung ratifizierten Menschenrechtsverträge gebunden. Die Bundesrepublik Deutschland ist seit dem 16. Mai 1969 Vertragsstaat des Internationalen Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von rassistischer Diskriminierung (*International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination* – ICERD). Das Übereinkommen verpflichtet die Bundesregierung dazu, Betroffene vor Diskriminierung zu schützen und Maßnahmen umzusetzen, die der Gleichberechtigung dienen. Als Vertragsstaat muss die Bundesrepublik sicherstellen, dass staatliche Behörden keine Personen oder Perso-

nengruppen diskriminieren. Maßgeblich ist dabei die Definition der „Rassendiskriminierung“¹ in Artikel 1 Absatz 1 ICERD, die sowohl die unmittelbare als auch die mittelbare Diskriminierung umfasst. Demnach werden nicht nur solche Handlungen als eine rassistische Diskriminierung betrachtet, denen eine Intention innewohnt, sondern auch Vorschriften, die neutral formuliert sind, jedoch eine benachteiligende Wirkung auf Personen oder Personengruppen haben, die die Merkmale aufweisen, die in Artikel 1 ICERD anerkannt sind (vgl. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2017: 6–7). Das ICERD verfügt zudem über ein Beschwerdeverfahren, das es Betroffenen von Diskriminierung ermöglicht, nach Ausschöpfung der innerstaatlichen Rechtsmittel ihren Fall vor das Committee on the Elimination of Racial Discrimination (CERD) zu bringen, wenn sie die Position vertreten, dass ihr Staat entgegen dem Übereinkommen gehandelt und somit Menschenrechte verletzt hat. Die Bundesrepublik ist demnach dazu verpflichtet, ihre Bevölkerung zu schützen (vgl. ebd.: 16–18). Der CERD-Ausschuss formuliert zudem über seine „Abschließenden Bemerkungen“ im Rahmen des Staatenberichtsverfahrens Empfehlungen an die Vertragsstaaten, auf die diese reagieren müssen. Am 15. Mai 2015 machte er unmissverständlich deutlich, dass in Deutschland ein großer Handlungs- und Nachholbedarf bestehe. Kritisiert wurde dabei, dass zu wenig Daten über die Situation einzelner Bevölkerungsgruppen und Minderheiten in der Bevölkerung vorliegen. Der Ausschuss ist der Auffassung, dass diese Daten aber notwendig sind, um Erkenntnisse über soziale Ungleichheiten sowie die Situation von Minderheiten zu gewinnen und Diskriminierungen sichtbar zu machen (vgl. Ausschuss für die Beseitigung rassistischer Diskriminierung [CERD] 2015: 2–3).

Des Weiteren verpflichten das Aktionsprogramm der Weltrassismuskonferenz von Durban von 2001 und das Aktivitätenprogramm der Internationalen Dekade der Menschen afrikanischer Abstammung, die von 2015 bis 2024 begangen wird, die UN-Mitgliedstaaten dazu, statistische Daten zu erheben. Die Bundesregierung hat die UN-Dekade anerkannt und 2022 eine Koordinierungsstelle für ihre Umsetzung eingerichtet. Diese umfasst auch einen Beirat, in dem Schwarze² Organisationen und Wissenschaftler*innen mitwirken. Nicht zum ersten Mal wird Deutschland dringend empfohlen, umfassende Untersuchungen anzustoßen. Seit Jahren antwortet die Bundesregierung darauf, dass sie aus historischer Verantwortung „seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges keine bevölkerungsstatistischen und sozioökonomischen Daten auf ethnischer Basis“ erheben wolle (Bundesministerium des Innern und für Heimat 2023). Der CERD-Ausschuss schlägt daher vor, entsprechende Daten über andere Merkmale zu erheben, wie Muttersprache, überwiegend gesprochene Sprache oder andere auf freiwilliger Basis abgefragte Eigenschaften. Im Aktivitätenprogramm der Internationalen Dekade der Menschen afrikanischer Abstammung wird den

¹ Zur Diskussion um den Begriff „Rasse“ siehe FN 5.

² „Schwarz“ ist eine politische Selbstbezeichnung, mit welcher versucht wird, eine spezifische, von Rassismus betroffene gesellschaftliche Position und kollektive Erfahrung zu beschreiben. Um zu verdeutlichen, dass mit „Schwarz“ nicht auf eine individuelle, sondern auf eine gesellschaftliche Position und die dadurch geteilten Erfahrungen durch das Erleben von anti-Schwarzem Rassismus Bezug genommen wird, wird der Begriff mit großem S geschrieben (vgl. Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor 2023: 371).

Staaten außerdem empfohlen, dass statistische Daten entsprechend den innerstaatlichen Rechtsvorschriften – unter Wahrung des Rechts auf Privatheit und des Grundsatzes der Selbstidentifizierung – aufgeschlüsselt werden sollen (vgl. Vereinte Nationen 2014). Auch die im Rahmen des Europarates eingesetzte Europäische Kommission gegen Rassismus und Intoleranz (ECRI) schlug bereits am 16. März 1998 in der „Allgemeinen Politik-Empfehlung Nr. 4“ vor, nationale Erhebungen zu den Erfahrungen und Wahrnehmungen von Rassismus aus Sicht der potenziell Betroffenen zu realisieren (vgl. Europäische Kommission gegen Rassismus und Intoleranz [ECRI] 1998).

Rassismus wird Gegenstand politischer Maßnahmen

Die Bundesregierung hat ausgehend von den internationalen Verpflichtungen zunehmend damit begonnen, weitere Maßnahmen zur Bekämpfung von rassistischer Diskriminierung in Deutschland zu etablieren. Diese Aktivitäten dienen der nationalen Umsetzung der internationalen Forderungen.³ Wichtiger Meilenstein auf Bundesebene war hierbei die Ausarbeitung des „Nationalen Aktionsplans gegen Rassismus“ (2008). Seitens der Zivilgesellschaft wurde dieser allerdings stark kritisiert, unter anderem wegen einer unzureichenden Analyse und Beschreibung von Rassismus in Deutschland, der fehlenden Partizipation der Zivilgesellschaft sowie einer fehlenden Handlungsorientierung (vgl. Follmar-Otto & Cremer 2009; Netz gegen Rassismus 2009). Für die aktualisierte und erweiterte Fassung des „Nationalen Aktionsplans“ (2017) hat die Zivilgesellschaft Anforderungen formuliert, in denen eine zu starke Verengung auf Rechtsextremismus und folglich ein verkürzter Rassismusbegriff in Deutschland problematisiert werden (vgl. Netz gegen Rassismus 2016; siehe dazu auch Kapitel [Der zivilgesellschaftliche Begleitprozess zum NaDiRa](#)). Nach den rassistischen und antisemitischen Anschlägen in Halle und Hanau und den weltweiten Black-Lives-Matter-Protesten hat die vorherige Bundesregierung 2020 zudem einen Kabinettausschuss zur Bekämpfung von Rechtsextremismus und Rassismus eingesetzt. Dieser hat einen Katalog mit 89 Maßnahmen vorgelegt, darunter auch das Vorhaben, Forschung zu Rassismus und Rechtsextremismus zu stärken und in der Hochschullandschaft zu institutionalisieren. Zentral sind hierbei zwei Förderrichtlinien des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), die die Etablierung von Forschungsprojekten und Nachwuchsgruppen in diesen Themenfeldern als eine Säule des Maßnahmenpakets umsetzen (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2021a, 2021b). Angebunden an das DeZIM-Institut wurden das Wissensnetzwerk Rechtsextremismusforschung von Prof. Dr. Andreas Zick (DeZIM-Forschungsgemeinschaft) sowie das Wissensnetzwerk Rassismusforschung von Dr. Noa K. Ha (DeZIM-Institut) beantragt und bewilligt.

Auf Bundesebene wurden darüber hinaus in den vergangenen Jahren erste Beauftragte ernannt sowie entsprechende Expert*innenkreise geschaffen und institutionalisiert. Auf

³ Eine ausführliche Beschreibung dieser und weiterer Maßnahmen findet sich im Lagebericht *Rassismus in Deutschland* (2023) der Beauftragten für Migration, Flüchtlinge und Integration sowie für Antirassismus.

den „Unabhängigen Expertenkreis Antisemitismus“ (2009, 2015) und den „Beauftragten der Bundesregierung für jüdisches Leben und den Kampf gegen Antisemitismus“ (2018, Felix Klein) folgten die „Unabhängige Kommission Antiziganismus“ (2019) und die Ernennung des ersten „Beauftragten der Bundesregierung gegen Antiziganismus und für das Leben der Sinti und Roma in Deutschland“ (2022, Mehmet Daimagüler), die geschaffenen Ämter einer „Unabhängigen Bundesbeauftragten für Antidiskriminierung“ (2022, Ferda Ataman) und der „Beauftragten der Bundesregierung für Antirassismus“ (2022, Reem Alabali-Radovan) sowie zuletzt der „Expert*innenrat Antirassismus“ (2023). Zusätzlich wurde ein „Unabhängiger Expertenkreis Muslimfeindlichkeit“ (2020) gebildet, der 2023 seinen Abschlussbericht *Muslimfeindlichkeit – Eine deutsche Bilanz* vorgelegt hat. Für den Bereich Antirassismus ist zudem das Bundesprogramm *Demokratie leben!* zentral, das seit 2015 Modellprojekte aus der Zivilgesellschaft auf kommunaler, Landes- und Bundesebene sowie über Kompetenzzentren und -netzwerke großflächig fördert. Neben der Vielfaltgestaltung und dem Engagement gegen Antisemitismus, Homosexuellen- und Transfeindlichkeit, Islam- und Muslimfeindlichkeit, anti-Schwarzen Rassismus sowie Antiziganismus leistet das Bundesprogramm auch einen wichtigen Beitrag zur Prävention von Rassismus. Ziel ist es dabei, grundlegende demokratische Prinzipien wie Gleichwertigkeit, Rechtsstaatlichkeit und gesellschaftliche Teilhabe zu schützen. Für eine nachhaltige strukturelle Implementierung erfolgt derzeit die Ausarbeitung eines Demokratiefördergesetzes (DFördG).

Rassismus erzeugt Widerstand

Die Bundesrepublik Deutschland ist geprägt von einer rassistischen Gewaltgeschichte. Die pogromartigen Anschläge der Nachwendezeit in den frühen 1990er Jahren (insbesondere in Hoyerswerda, Rostock-Lichtenhagen, Mölln und Solingen) verweisen auf einen gewaltvollen Prozess der Nationalwerdung, der sich anhand rassistischer Ausschlüsse vollzog (vgl. Behrends, Lindenberger & Poutrus 2003; Perinelli 2022: 22–23; Poutrus 2004, 2009, 2019). Im Anschluss an diese als „Baseballschlägerjahre“ bezeichnete Phase (vgl. Bangel 2022) machte besonders die Selbstenttarnung des Nationalsozialistischen Untergrunds (NSU) 2011 ein strukturelles Sicherheitsproblem für migrantische, migrantisierte bzw. rassistisch markierte Menschen in Deutschland sichtbar (vgl. Thüringer Landtag 2019). Darauf folgten weitere Angriffe, die bis in die Gegenwart reichen: die Drohungen des NSU 2.0, der Mord an dem CDU-Politiker Walter Lübcke im Jahr 2019, der antisemitische und rassistische Anschlag auf eine Synagoge und auf Zivilist*innen in Halle im selben Jahr sowie die rassistischen Morde von 2020 in Hanau.

Diese rechte und rassistische Gewalt wird erwidert mit antirassistischer Mobilisierung, die Rassismus explizit benennt und einen besseren Schutz für Betroffene einfordert. Angestoßen von migrantischen und antirassistischen Gruppen und Organisationen wird in Deutschland spätestens seit der NSU-Enttarnung öffentlich über institutionellen Rassismus diskutiert (vgl. Dengler & Foroutan 2017). Die Anschläge von Hanau und Halle zogen breite Solidaritätsbekundungen mit den Opfern nach sich. Zusätzliche Impulse brachten die

nationalen und internationalen Mobilisierungen im Zuge der weltweiten Black-Lives-Matter-Bewegungen (vgl. Zajak et al. 2021). Der Ausgangspunkt der organisierten Formierung gegen Rassismus lag jedoch bereits in den 1980er Jahren. Von besonderer Bedeutung waren hierbei – neben antifaschistischen Netzwerken – Zusammenschlüsse von betroffenen Menschen. In den Jahren 1985/86 gründeten sich „ADEFRA – Afrodeutsche Frauen“ (später „ADEFRA – Schwarze Frauen in Deutschland“) und die „ISD – Initiative Schwarze Deutsche“ (später „ISD – Initiative Schwarze Menschen in Deutschland“). Diese Gruppen boten einen Raum, in dem sich Schwarze Menschen in Ost- und Westdeutschland zusammentaten, austauschten und gegenseitig in der Bewältigung ihres rassistischen Alltags stärkten. Aber auch andere Gruppen formierten sich gegen die Erfahrungen von Alltagsrassismus. So gründete sich Ende der 1980er Jahre in Westberlin die „Antifa Gençlik“ als antifaschistische, migrantische Selbstorganisation, die versuchte, Menschen vor rechtsextremer Gewalt zu schützen. Kurz darauf entstand in Jena auch die bundesweit arbeitende Geflüchteten-selbstorganisation „The Voice“, die sich zu Fragen von Flucht, Menschenrechten und Rassismus in Ostdeutschland engagiert. Ab 1998 versuchte „Kanak Attak“, ein Zusammenschluss von verschiedenen Menschen, vor allem mit Migrationsgeschichte, das Thema Rassismus auf die politische Agenda zu setzen. Die Gruppe postulierte: „Unser kleinster gemeinsamer Nenner besteht darin, die Kanakisierung bestimmter Gruppen von Menschen durch rassistische Zuschreibungen mit allen ihren sozialen, rechtlichen und politischen Folgen anzugreifen“ (Kanak Attak 1998). Seit den 1990er Jahren etablierte sich auch der Begriff „People of Color – PoC“ zur Selbstbezeichnung, um sich gegen rassistische Zuschreibungen zur Wehr zu setzen (vgl. Ha, N. K. 2023).

All die bisher ausgeführten Entwicklungen machen deutlich, dass es einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Rassismus bedarf. Vor diesem Hintergrund liefert der Nationale Diskriminierungs- und Rassismusmonitor fortlaufende Daten und Handlungsempfehlungen, um schützend und präventiv Rassismus entgegenzuwirken. Damit leistet er einen Beitrag zur Sicherung der Demokratie in einer sich wandelnden Gesellschaft.

Einführung in den Bericht: Schwerpunkt Gesundheit

Gesundheit gilt als Menschenrecht⁴ und stellt einen existenziellen Aspekt des Lebens dar. Neben den Bereichen Wirtschaft und Arbeitsmarkt entstehen durch Rassismus auch Kosten für andere soziale Felder. So können eine erhöhte Krankheitsbelastung aufgrund von erschwerten Lebensbedingungen bestimmter Gruppen sowie Mängel in Versorgungszugang und -qualität überdies mit erheblichen gesellschaftlichen Konsequenzen verbunden

⁴ Das Recht auf Gesundheit ist in Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung für Menschenrechte (Vereinte Nationen 1948) sowie in Artikel 12 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (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.

sein. Zunächst einmal sind gesundheitliche Folgen bzw. erhöhte Krankheitsprävalenzen aufgrund rassistischer Verhältnisse selbst als ethisch nicht hinnehmbarer „Preis“ zu betrachten. Zusätzlich hat das tiefgehende Folgen für die Gesellschaft an sich: Ungleichheiten in der Lebensqualität, Krankheitsprävalenz, Risikoexposition und Gesundheitsversorgung können gleichermaßen als Vorläufer und Konsequenz von gesellschaftlicher Polarisierung betrachtet werden. Außerdem können durch ungleiche Versorgungszugänge und Behandlungsqualität die sozialen Beziehungen zwischen den Gesellschaftsmitgliedern (horizontal) sowie zwischen Gesellschaftsmitgliedern und Institutionen (vertikal) und damit das Gefühl der sozialen Zugehörigkeit bestimmter Gruppen negativ beeinträchtigt sein. Dieses Zugehörigkeitsgefühl sowie das Vertrauen in die Gesellschaft und ihre Institutionen gelten als Kernelemente von gesellschaftlichem Zusammenhalt (vgl. Schiefer & van der Noll 2017). Es gilt demnach festzuhalten, dass Rassismus und seine Folgen gesundheitliche Belastungen auslösen oder verstärken können. Die generellen gesellschaftlichen Wohlfahrtsverluste durch Diskriminierung und Rassismus sind bereits bekannt (vgl. Becker 1995).

Der inhaltliche Schwerpunkt dieses Berichts begründet sich durch die benannten Aspekte, die während der Corona-Krise besonders deutlich zum Vorschein kamen. So hat die Pandemie noch einmal gezeigt, welche grundlegende Rolle Gesundheit für unsere Gesellschaft und ihren Zusammenhalt spielt und wie unterschiedlich verschiedene Bevölkerungsgruppen von diesbezüglichen Risiken betroffen sind. Differenzen bezüglich des sozioökonomischen Status oder Bildungshintergrunds sind beispielsweise Faktoren, die sich potenziell mit rassistischen Verhältnissen und entsprechenden Ungleichverteilungen im Kontext von Gesundheit und Gesundheitsversorgung überschneiden. Studien haben dargestellt, dass rassistisch markierte Gruppen weltweit in besonderem Maße von den Folgen der Corona-Krise betroffen waren. Dies gilt sowohl im Hinblick auf Wohn-, Lebens- oder Arbeitsbedingungen und die damit zusammenhängenden grundlegenden Gesundheitskonstitutionen und Risikoexpositionen als auch hinsichtlich des Zugangs zu adäquater Prävention und Versorgung (vgl. Akbulut et al. 2020; Kajikhina et al. 2023; Kollender & Nimer 2020; Penning & Razum 2021). In dem vorliegenden Bericht wird daran anknüpfend gezielt der Zusammenhang von Rassismus und Gesundheit bzw. Gesundheitsversorgung multimethodisch untersucht.

Fokus auf die Betroffenenperspektive

Der Nationale Diskriminierungs- und Rassismusmonitor erhielt bei seinem Aufbau unter anderem den politischen Auftrag, besonders die Perspektive jener in die Forschung einzubeziehen, die von Rassismus betroffen sind. Die Bundesregierung reagierte damit auf zivilgesellschaftliche Forderungen, die vor allem migrantische und antirassistische Initiativen und Organisationen vorbrachten, die jahrelang auf eine Erhebung von Daten sowie regelmäßiges Monitoring gedrängt hatten. Darüber hinaus ist es insbesondere der thematische Schwerpunkt des vorliegenden Berichts, der rassismuvulnerable Menschen bewegt: Kritiken an Rassismus im Gesundheitssystem sowie den Effekten von Rassismus auf

den Gesundheitszustand rassistisch markierter Personen nehmen eine zentrale Rolle in den Forderungen unterschiedlicher Communitys ein (vgl. etwa Aikins, M. A. et al. 2021; CLAIM 2023). Die in diesem Bericht vorgestellten Befunde zum Verhältnis von Rassismus und Gesundheit (siehe Kapitel [II.1](#)) verdeutlichen die Relevanz der Betroffenenperspektive in der Erforschung der (ungleichen) Verteilung gesellschaftlicher Güter und Ressourcen. Erst durch die Perspektiven rassistisch vulnerabler Personen wird ermöglicht, Korrelationen zwischen dem subjektiven Gesundheitsempfinden und Rassismuserfahrungen zu beschreiben. Zudem können die von Betroffenen benannten alltäglichen Rassismuserfahrungen und die Kontexte, in denen diese stattfinden (siehe Kapitel [I](#)), als ein Indikator für die Ausprägung und das Ausmaß von Rassismus in der Gesellschaft verstanden werden.

Politisches Handeln, das auf die Gleichberechtigung, Gleichbehandlung und schließlich Gleichstellung aller Gesellschaftsmitglieder abzielt, sollte demnach die Perspektiven und Erfahrungen Rassismus betroffener berücksichtigen. Diese werden bislang in Deutschland jedoch nur unzureichend analysiert. In den zentralen Wiederholungsbefragungen – wie dem Mikrozensus, dem SOEP, NEPS, ALLBUS oder DEAS – werden subjektive Diskriminierungserfahrungen beispielsweise nur sehr lückenhaft erhoben (vgl. Baumann, Egenberger & Supik 2019). Dabei wird in der Forschung bereits darauf hingewiesen, dass die Erfassung und Untersuchung der Intentionen von diskriminierenden Personen (rassistische Wissensbestände) nicht genügen, um Diskriminierung und Rassismus angemessen zu analysieren. Es bedarf zudem einer Betrachtung der Auswirkungen, die diese bei Betroffenen verursachen (vgl. Nadal et al. 2014). Die Perspektiven und Stimmen derjenigen, die in besonderer Weise negativ von Diskriminierung und Rassismus betroffen sind, liefern in diesem Sinne unerlässliche Beiträge für eine genauere Beschreibung dahinterliegender Mechanismen und Ursachen. Die Untersuchungen des NaDiRa stellen daher diese Perspektiven in den Mittelpunkt und streben danach, entsprechende Forschungslücken schrittweise zu schließen. Im Sampling des NaDiRa.panels wird für den vorliegenden Bericht ein besonderer Schwerpunkt auf die Perspektiven dreier spezieller Gruppierungen gelegt, die gegenwärtig für die Untersuchung der rassistischen Realitäten in Deutschland besonders relevant sind: Schwarze, muslimische und asiatische Menschen. Begründet ist diese Auswahl durch historische sowie gegenwärtige rassistische Diskurse in Deutschland (vertiefend zur Auswahl der Gruppen siehe Kapitel [Die Daten des NaDiRa.panels](#)).

Aufbau und Inhalt

Der vorliegende Monitoringbericht präsentiert die Befunde zu Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen aus der Bevölkerungs- und Betroffenenbefragung auf Basis des NaDiRa.panels (siehe Kapitel [Forschungszugang und Methodik](#)) sowie aus Forschungen, die im Rahmen des NaDiRa seit 2021 mit dem Themenschwerpunkt Gesundheit durchgeführt wurden. Dabei werden vor allem die Folgen für Betroffene und die Gesellschaft in den Blick genommen. Beginnend mit einer Einführung und der Darlegung der theoretischen Ausgangspunkte gliedert sich der Bericht anschließend grob in zwei Teile:

Teil I. Allgemeine Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen: In diesem Teil werden aktuelle Befunde aus der auf ein langfristiges Monitoring angelegten, wiederkehrenden Bevölkerungs- und Betroffenenbefragung (NaDiRa.panel) vorgestellt. Damit werden Erkenntnisse zur allgemeinen Ausgangslage und der Frage, wie, wo und in welchem Ausmaß die Bevölkerung in Deutschland Diskriminierung und Rassismus erlebt, geliefert. Dafür werden Gruppen, Diskriminierungsmerkmale und Kontexte genauer untersucht. Außerdem wird in diesem Abschnitt der Zusammenhang von (rassistischer) Diskriminierung und dem Verlust von Vertrauen in staatliche Institutionen diskutiert.

Teil II. Schwerpunkt Rassismus und Gesundheit: Dieser vertiefende und multimethodisch zusammengesetzte Teil liefert die Monitoring-Ergebnisse des NaDiRa.panels zur Gesundheit sowie Analysen aus qualitativ-explorativen, partizipativen und experimentellen Forschungsprojekten des NaDiRa. Er beinhaltet fünf verschiedene Bereiche und Dimensionen, die im NaDiRa untersucht wurden. Zuerst werden die Ergebnisse des NaDiRa.panels zur Gesundheit dargelegt, die über quantitative Befragungen im Rahmen des Bevölkerungssurveys den Zusammenhang von Rassismus und der Gesundheit von Betroffenen sowie gesundheitlicher Ungleichheit (Kapitel [II.1](#)) und Rassismuserfahrungen in der gesundheitlichen Versorgung (Kapitel [II.3](#)) beleuchten. Zudem wird eine experimentelle Studie vorgestellt, die sich über einen Korrespondenztest mit namensbasierten Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung (Kapitel [II.2](#)) beschäftigt. Daran anschließend werden zwei qualitative, explorativ-partizipative Studien präsentiert, die sich mit Community-Perspektiven auf Rassismus in der Gesundheitsversorgung (Kapitel [II.4](#)) bzw. mit rassistischen Wissensbeständen und Praktiken in der ärztlichen Ausbildung (Kapitel [II.5](#)) auseinandersetzen.

Diesen Hauptteilen des Berichts folgen die aus der Forschung und der Literatur abgeleiteten [Handlungsempfehlungen](#) für Politik, Akteure der Gesundheitsversorgung und entsprechende Ausbildungskontexte sowie abschließend ein [Fazit](#) und ein [Ausblick](#).

Historisch-theoretische Vorüberlegungen

In Deutschland herrscht ein gesellschaftlicher Konsens darüber, dass Rassismus abzulehnen und moralisch höchst verwerflich ist. Zugleich besteht in Gesellschaft sowie Wissenschaft weitgehend Uneinigkeit darüber, was unter Rassismus zu verstehen ist (vgl. Hund 2012). Rassismus führt weiterhin zu Gewalt gegen zahlreiche Menschen in Deutschland und schränkt demokratische Teilhabe ein. Rassistische Ausschlüsse beziehen sich auf Merkmale, die als biologisch oder kulturell vererbbar imaginiert werden. Zu nennen sind beispielsweise die Hautfarbe, das Aussehen, die Herkunft, die Aussprache, das Tragen von religiösen Kopfbedeckungen oder andere religiöse Praktiken. Trotz seiner sozialen Konstruiertheit ist Rassismus also wirkmächtig. Aus dieser Ausgangslage ergibt sich eine Dringlichkeit für den inhaltlich-analytischen Austausch über das Konzept Rassismus sowie über „Rasse“/race als analytische Kategorie.⁵

Beide Begriffe werden in der internationalen und deutschsprachigen Forschungslandschaft sowie im Alltagsverständnis jeweils unterschiedlich konzeptionell bestimmt. Für Rassismus liegt keine einheitliche und allgemein anerkannte Definition vor. Er artikuliert sich je nach historischem, zeitlichem, kulturellem und gesellschaftlichem Kontext unterschiedlich (vgl. Hall, S. 2000), sodass die empirische Rassismusforschung ihre Konzepte konkret auf den jeweiligen Forschungsgegenstand zuzuschneiden hat. Die vielfältigen Erscheinungsformen und Dynamiken des Rassismus lassen sich ohne eine begriffliche Flexibilität nur schwer adäquat beforschen (vgl. Scherschel 2015). Um den Lebensrealitäten und Vulnerabilitäten rassistisch markierter Menschen sowie zugleich den strukturellen Dimensionen rassistischer Realitäten gerecht zu werden, bedarf es eines breiten Rassismusverständnisses sowie einer Versachlichung der Debatten (vgl. Sinanoğlu & Polat 2023). Nur so kann es gelingen, eine fundierte Auseinandersetzung und einen angemessenen politischen Umgang mit Rassismus zu finden. Angesichts der Vielfalt an Theorie- und Begriffsarbeit führen wir im Folgenden aus, wie sich das Forschungsteam des NaDiRa dem Phänomen Rassismus analytisch annähert.

⁵ In der deutschsprachigen Forschungslandschaft herrscht eine anhaltende Kontroverse um den Begriff „Rasse“. Gegenwärtig besteht keine Einigkeit darüber, ob „Rasse“ als analytische Kategorie für eine kritische Rassismusforschung produktiv verwendet werden kann. Im Fokus der Debatte stehen die genozidalen Geschichten und entsprechende Konnotationen des Begriffs (vgl. Barskanmaz 2011; Hund 2016; Tsianos 2020). Viele Forschende schlagen daher eine sprachliche Differenzierung zwischen „Rasse“ und *race* vor: „Es wäre [...] hilfreich [...], wenn man sich im Deutschen zumindest in der Forschung auf *race* als Begriff verständigen könnte, um damit die sozialen Konstrukte zu bezeichnen, die innerhalb rassistischer Kontexte/Systeme wirksam sind und diese fundieren bzw. die in Rassialisierungsprozessen entstehen. ‚Rasse‘ würde man dann nur für die Benennung des Phantasmas einer natürlichen Kategorie verwenden.“ (Alexopoulou 2023b) So hat die englische Bezeichnung *race* basierend auf kritischer Reflexion sowie bürgerrechtlichen Kämpfen in den USA im letzten Jahrhundert eine Bedeutungsverschiebung durchlaufen und wird inzwischen mehrheitlich als soziale Konstruktion verstanden (vgl. Bellu, Bellu & Tsianos 2023: 57). Für das deutsche „Rasse“ steht ein solcher Prozess noch aus, ist jedoch in letzter Zeit langsam in Bewegung gekommen (vgl. beispielhaft Barskanmaz & Samour 2020). Wie die NaDiRa-Auftaktstudie *Rassistische Realitäten* gezeigt hat, ist die Vorstellung von der Existenz menschlicher „Rassen“ in Deutschland noch weitverbreitet und wird von jeder zweiten Person in der Bevölkerung geteilt (vgl. DeZIM 2022: 43–44).

Was ist Rassismus? – Begriffsverständnis und Funktionsweise

Im Anschluss an internationale Forschung dienen die im NaDiRa erfolgten Untersuchungen und Erhebungen als Bausteine für eine empirisch gesättigte Theoriebildung. In vielen einschlägigen Rassismustheorien findet sich eine begriffliche Grundlegung, wie sie Philomena Essed (1992) vor über 30 Jahren vorlegte:

„Der Rassismus ist eine Ideologie, eine Struktur und ein Prozess, mittels derer bestimmte Gruppierungen auf der Grundlage tatsächlicher oder zugeschriebener biologischer oder kultureller Eigenschaften als wesensmäßig andersgeartete und minderwertigere ‚Rassen‘ oder ethnische Gruppen angesehen werden. In der Folge dienen diese Unterschiede als Erklärung dafür, dass Mitglieder dieser Gruppierungen vom Zugang zu materiellen und nichtmateriellen Ressourcen ausgeschlossen werden“ (ebd.: 375).

Entgegen einem verengten Verständnis kann Rassismus auch dann auftreten, wenn er nicht (ausschließlich) biologistisch begründet ist und in offenkundiger Gewalt mündet. Rassismus muss als eine Form von Vergesellschaftung begriffen werden, die sich als historisch gewachsenes Wissen in unsere Institutionen sowie gesellschaftlichen Strukturen und Normen⁶ eingeschrieben hat und dadurch soziale Ungleichheiten (re-)produziert. Rassismus beeinflusst maßgeblich das alltägliche Zusammenleben mit Blick auf Teilhabechancen und muss in seiner Dynamik und Wandelfähigkeit erschlossen werden. Deshalb ist von „historisch-spezifische[n] Rassismen“ (Hall, S. 1994: 127) zu sprechen, die mit je eigenen rassistischen Bildern und Praktiken verbunden und aus spezifisch historisch-geografischen Kontexten erwachsen sind. Besonders hervorzuheben sind spezifische Formen von Rassismus wie anti-Schwarzer Rassismus, anti-muslimischer Rassismus, antislawischer Rassismus, antiasiatischer Rassismus sowie Rassismus gegen Rom*nja und Sinti*zze (vgl. DeZIM 2022: 20–23). Ob Antisemitismus als eine Variante des Rassismus zu verstehen ist oder ein eigenständiges Phänomen beschreibt, ist in der Forschung bislang umstritten (vgl. Cousin & Fine 2012; Goldenbogen & Kleinmann 2021; Katz & Taylor 1988; Klug 2014).

⁶ Eine Norm entspricht einer allgemein anerkannten sozialen Regel. Als Produkt eines gesellschaftlichen Aus-handlungsprozesses erzeugen Normen Erwartungen an das eigene Verhalten sowie anderer Akteur*innen. Sie produzieren somit einen „Normalfall“ oder ein „Normmodell“, also Verhalten oder Zustände, die diesen Normen entsprechen. Normen und Normalfälle beschreiben häufig jedoch lediglich den Durchschnitt oder die Mehrheit einer Gesellschaft. Personen, Lebensentwürfe und Erfahrungen, die außerhalb eines solchen Rahmens existieren, bleiben unberücksichtigt – sie fallen aus der Norm. Normen können in diesem Sinne diskriminierende Effekte haben (vgl. Klimke et al. 2020).

➔ Analyseebenen des Rassismus

Die Forschung des NaDiRa berücksichtigt die Verschränkung verschiedener Rassismusebenen, um die Mechanismen der (Re-)Produktion von Rassismus zu untersuchen. Hierfür wird analytisch zwischen der interpersonellen, institutionellen und strukturellen Ebene unterschieden. Empirisch zeichnet sich Rassismus durch die Verschränkung dieser Ebenen aus, sodass er auch über institutionelle Verankerungen unbemerkt wirken kann (vgl. z. B. Rommelspacher 2009 oder speziell für den Gesundheitsbereich Nazroo, Bhui & Rhodes 2020). Die institutionelle Ebene fungiert als Scharnier zwischen dem individuellen und dem strukturellen Rassismus.

Der individuelle Rassismus (auch interpersoneller Rassismus) basiert auf Einstellungen und rassistischen Handlungen, die sich in der persönlichen Interaktion im Alltag ereignen (vgl. Bonilla-Silva 1997; Krieger 2020a). Er kann offen oder subtil zum Ausdruck gebracht werden und von rassistisch markierten Personen in Form von roher Gewalt oder alltäglichen Mikroaggressionen erfahren werden (vgl. Pierce 1970; Spanierman & Clark 2023). Er umfasst auch den internalisierten Rassismus, bei dem rassistische Überzeugungen von den von Rassismus Betroffenen selbst verinnerlicht werden (vgl. Pyke 2010). In der Forschung wird der individuelle Rassismus typischerweise mittels Selbstberichten erfasst, die direkt die Rassismus- oder Diskriminierungserfahrungen von rassistisch markierten Personen erheben. Gleichzeitig umfasst die Erhebung der individuellen Rassismuserfahrungen die Einstellungen und rassistischen Handlungen der Gesamtbevölkerung. Dies kann auch in experimentellen Studiendesigns erfolgen.

Institutioneller Rassismus wird in den Strukturen und Abläufen von gesellschaftlichen Institutionen hergestellt (vgl. Barskanmaz 2019). Er operiert durch vermeintlich neutrale Normen, bürokratische Strukturen und Gesetze, die bestimmte Gruppen benachteiligen, und führt zur fortwährenden Reproduktion rassistischer Verhältnisse (vgl. Elias & Paradies 2021). Er wird nicht ausschließlich durch explizit rassistische Politiken und rassistische Intention, sondern durch die etablierten Funktionsweisen und Verteilungen von Ressourcen bzw. Zugängen zu diesen aufrechterhalten. Die Analyse von Rassismus in Institutionen erfordert ein Verständnis der jeweiligen historischen und kulturellen Kontexte.



Im Zusammenhang mit der rechtlichen wie gesellschaftlichen Aufarbeitung des NSU erfuhr die Debatte um institutionellen Rassismus in Deutschland starken Aufwind und wird vielfach unter Anschluss an die Definition des britischen Macpherson Reports verhandelt (vgl. Dengler & Foroutan 2017). Laut dem Bericht gilt institutioneller Rassismus als kollektives Versagen, rassismuskvulnerable Menschen angemessen zu schützen sowie rassistische Taten auch im Nachgang als solche zu erkennen und aufzuarbeiten (vgl. Macpherson 1999). Für Deutschland existieren vertiefte Auseinandersetzungen für den Bereich der Bildungsinstitutionen (vgl. Gomolla & Radtke 2009; Heinemann & Mecheril 2016; Karakayalı & Heller 2022). Forschung zu anderen Bereichen wie Polizei (vgl. Hunold & Singelstein 2022b), Arbeitsmarkt (vgl. Ete et al. 2020; Hieronymus et al. 2010; Scherr, Janz & Müller 2015) oder Gesundheitswesen (siehe Abschnitt [Forschungsstand: Rassismus, Gesundheit und Gesundheitsversorgung](#)) stehen noch am Anfang.

Der strukturelle Rassismus betrifft das gesamte gesellschaftliche System (z. B. Rechtsvorstellungen, politische Strukturen und ökonomische Verhältnisse) und bezieht sich auf Diskriminierung, Benachteiligung und Ausschlüsse (vgl. Benokraitis & Feagin 1977; Rommelspacher 2009) in verschiedenen Bereichen wie Bildung, Beschäftigung, Gesundheitsversorgung oder Strafjustiz. Er umfasst die miteinander verschränkten Institutionen der Gesellschaft, geht aber über die Summe der einzelnen Teile hinaus, da er zugleich deren historische wie auch kulturelle Bedingungen analytisch sichtbar macht. Mit der Analyse von strukturellem Rassismus wird das Zusammenwirken gesellschaftlicher Prozesse im Verhältnis zu sozialen Ungleichheiten betrachtet und dahingehend befragt, wie sie herbeigeführt und aufrechterhalten werden (vgl. Bailey et al. 2017; Bonilla-Silva 1997; Bruce-Jones 2017). Struktureller Rassismus fokussiert demnach etablierte Ungleichheiten in der Gesamtheit gesellschaftlicher Prozesse und schließt sowohl den individuellen als auch den institutionellen Rassismus mit ein.

Rassistisches Wissen, Rassifizierung und Rassismus

Rassismus als Vergesellschaftungsprozess ist eng mit der europäischen Kolonialgeschichte und der zeitgleichen Etablierung einer akademischen „Rasseforschung“ verbunden, in der die erkenntnistheoretischen Grundlagen für die Einteilung von Menschen in verschiedene Gruppen („Rassen“) gelegt wurden (siehe Arthur de Gobineau und Charles Darwin). Dabei wurde eine vermeintlich natürliche Grenze zwischen Menschen und noch zu zivilisierenden „Nichtmenschen“ gezogen, durch die eine „Höherwertigkeit“ von Europäer*innen imaginiert und konstruiert wurde (vgl. Hund 2007). Die Produktion rassistischen Wissens über unterschiedliche Regionen der Welt, wie etwa den „Orient“, diente dabei zugleich als Spiegelfläche, vor der sich Europa selbst als rational und zivilisiert entwerfen konnte (vgl. Fanon 2002; Hund 2007; Osterhammel 1998; Said 2014).

Rassistisches Wissen entsteht in einem Prozess, der in der Forschung als Rassifizierung (auch Rassialisierung oder Rassisierung) beschrieben wird (vgl. Goldberg 2003; Terkessidis 2004). Es ist konstitutiv für Rassismus – als Verschränkung von Rassifizierung, Wissen und konkreten gesellschaftlichen Machtverhältnissen – und historisch spätestens seit der Moderne und dem Kolonialismus wirkmächtig und wandelbar (vgl. Goldberg 2006, für die Vormoderne siehe Heng 2018; Isaac 2004). Das Konzept beschreibt die Identifizierung und anschließende Abwertung unterschiedlicher Menschen als homogene Gruppen. Dabei handelt es sich um einen wechselseitig konstitutiven Prozess von rassistischem Wissen und den konkreten (Macht-)Strukturen, in denen dieses Wissen entstehen und kursieren kann. Von zentraler Bedeutung ist hierbei die Konstruktion von vermeintlichen „Rassen“, die mit einer genealogischen Idee von Vererbung biologischer und sozialer Dimensionen einhergeht (vgl. Bellu, Bellu & Tsianos 2023: 76–79). Diese Konstruktion wird vom Soziologen und Rassismusforscher Robert Miles als Prozess des „Race-Making“ (Miles 1992: 23) bezeichnet, bei dem auf rein ideologischer Basis Individuen zu bestimmten „Rassen“ sortiert und unter machtvollen Bedingungen kollektiviert werden (vgl. ebd.: 22; aber auch Banton 1977). Mark Terkessidis (2004: 98) bezeichnet dieses Vorgehen als eine „Urform der Naturalisierung von Unterschieden“. Dabei müssen die Unterscheidungsmerkmale nicht zwingend auf die einzelnen Individuen übertragbar sein; sie fungieren vielmehr als „Bedeutungsträger“ (Hall, S. 2000). Besonders solche Bedeutungsträger, die an Biologie anknüpfen, müssen nicht tatsächlich auf festgeschriebene, biologische oder genetische Grundlagen rekurrieren. Sie werden jedoch in der Regel als biologisch verankert reproduziert und in dieser Weise als „natürlich“ verstanden. Die diversen Merkmale, die zu diesem Zweck herangezogen werden und Bausteine des rassistischen Wissens darstellen, unterliegen einem historischen Wandel. Grob lassen sich vier etablierte Kategorien von morpho-physiologischen, soziologischen, symbolischen bzw. geistigen sowie imaginären Merkmalen unterscheiden (vgl. Guillaumin 1991: 167). Uneinigkeit besteht in der Forschung bis dato darüber, ob nur dann von Rassifizierung gesprochen werden kann, wenn die Individuen und die aus ihnen konstruierten Gruppen negativ bewertet werden. Manche Forschende verstehen bereits die der Gruppenbildung zugrunde liegende Differenzierung als implizit mit Werturteilen verknüpft. Andere sehen die Notwendig-

keit für eine explizite Stereotypisierung, um den jeweiligen Prozess angemessen als Rassifizierung analysieren zu können (vgl. Terkessidis 2004).

Rassismus ohne „Rassen“ und Neorassismus

Seit den 1990er Jahren beschreiben Forschungsarbeiten neue Formen des Rassismus in westlichen Gesellschaften, die unter dem Schlagwort „Rassismus ohne ‚Rassen‘“ oder Neorassismus theoretisch gefasst werden (vgl. Back & Solomos 2020; Balibar & Wallerstein 1990; Hall, S. 1989). Jenseits älterer biologistischer „Rasse“-Vorstellungen werden hier „Kultur“ und „Ethnizität“⁷ zu den dominanten Bedeutungsträgern der Unterscheidung. Neorassistische Akteure reagieren in ihren Praktiken damit unter anderem auf diskursive Verschiebungen innerhalb Europas im Anschluss an eine voranschreitende Problematisierung der rassistischen Verfolgungspolitiken im Nationalsozialismus. Aktive und dezidiert biologistische Bezüge auf die Kategorie „Rasse“ galten spätestens ab den frühen 1970er Jahren als verpönt und wurden im öffentlichen sowie politischen Raum zunehmend sanktioniert. Die sowohl in der Ethnologie (vgl. Barth 1969; Beer 2012; Wimmer 2013) als auch der Soziologie (vgl. Weber 2013) verwurzelten Konzepte von „Kultur“ und „Ethnizität“ boten hier alternative Bezugsrahmen, um Individuen kollektiv zu homogenisieren und mit spezifischen Wesensarten und Eigenschaften zu versehen. Zudem ermöglichten sie eine Verschränkung einer homogenisierenden Kollektivierung mit territorialen Imaginationen (vgl. Terkessidis 1998). Im Besonderen eine Amalgamierung von Staatsbürgerschaft und ethnischer Zugehörigkeit in Deutschland basiert auf solchen Vorstellungen einer „ursprüngliche[n] Anwesenheit auf dem Territorium“ (Radtke 1998: 81). Ethnische Gruppen oder Kulturkreise können somit als autochthon konzipiert oder aber auch aus einem imaginierten europäischen Raum ausgeschlossen werden.

Ohne dass „Kultur“ und „Ethnizität“ mit „Rasse“ gleichzusetzen wären, fungieren Erstere aufgrund ihrer begrifflichen Unschärfe zuweilen problemlos als Ersatz für „Rasse“ (vgl. Sökefeld 2007). Dass sie auch in dieser Weise verwendet werden, lässt sich etwa an Thilo Sarrazins Sprachgebrauch in seinen neorassistischen Schriften nachvollziehen.⁸ Doch auch jenseits solch eindeutig rassistischer Darstellungen kann insbesondere Ethnizität als „Mythos von der eigentlichen Herkunft und Hingehörigkeit“ (Battaglia 2000: 188) flexibel für gesellschaftliche Differenzierungsprozesse herangezogen werden (vgl. Polat 2013: 209; Mecheril et al. 2010). So operieren etwa die soziologische Migrationsforschung und zuweilen auch die Forschung zu Rassismus analytisch mit diesem Begriffswerkzeug und umgehen damit häufig „Rasse“ als Analysekategorie und damit Rassismus als Analyse-

⁷ Ethnizität beschreibt eine kollektive Identität, die durch an soziokulturelle Merkmale wie Religion, Sprache und Traditionen anknüpfende Selbst- und Fremdzuschreibungen erzeugt wird (vgl. Barth 1969: 10; Feischmidt 2016; IDA e. V.). Stuart Hall (1994: 16) weist darauf hin, dass Ethnizität „zu einem bestimmten Zeitpunkt durch die Umstände hervorgebracht wird“.

⁸ So gibt Sarrazin selbst in einem Interview zu seinem Buch *Deutschland schafft sich ab* an: „Irgendwann in einer Spätphase meinte der Verlag, ich sollte doch überall das Wort ‚Rasse‘ durch ‚Ethnie‘ ersetzen. Das habe ich dann auch gemacht. Das war mir völlig egal.“ (Broder & Sarrazin 2010)

perspektive (vgl. Diehm, Kuhn & Machold 2010: 78; Nohl & Ofner 2010: 239). Besonders problematisch wird ein solches Vorgehen, wenn der Konstruktionscharakter von Ethnizität durch einen essentialistischen Zugriff verloren geht (vgl. Mecheril, Scherschel & Schrödter 2003), da ein solches Vorgehen nicht gleichbedeutend mit der Abgrenzung von rassistischem Denken ist.

Wann immer „Ethnizität“, „Ethnie“ oder „Kultur“ in essentialistischer Manier Verwendung finden, bedarf es einer Reflexion des Begriffsgebrauchs sowie seiner (neo-)rassistischen Logiken und Implikationen. Ein solches Vorgehen orientiert sich an Forschungsliteratur, die darauf hinweist, wie biologistische und kulturgebundene Varianten des Rassismus wechselseitig miteinander verzahnt sind. So operier(t)en sowohl die historische Kategorie „Rasse“ unter Rückbezug auf Kulturvorstellungen als auch die gegenwärtig dominierenden Kategorien „Kultur“/„Ethnizität“ mit biologistischen Annahmen über ein vermeintlich vererbbares Wesen bestimmter Gruppen (vgl. Balibar 1993; Hund 2007; als beispielhafte Analyse siehe etwa Bracke & Hernández Aguilar 2020). Wenig zielführend für eine zeitgemäße Rassismusanalyse erscheinen auch andere Versuche, das Rassismuskonzept zu meiden und stattdessen historisch weniger belastete Kategorien wie „Fremdenhass“ oder „Ausländerfeindlichkeit“ zu verwenden (vgl. Alexopoulou 2023a: 24–25; Sinanoğlu & Polat 2023: 8–9).

Besonders analytische Perspektiven auf Rassismus als Neorassismus wurden inzwischen international weiter ausgearbeitet und befassen sich mit den unterschiedlichen Spielarten des Rassismus in westlichen Gesellschaften, deren liberal-demokratisches Selbstverständnis im Widerspruch zu dem dort vorzufindenden Rassismus steht (vgl. Bonilla-Silva 2022; Lentin 2015). Es gilt, unterschiedliche sozialpsychologische und sozialstrukturelle Ursachen in den Fokus zu rücken. Dazu gehört es auch, die Logiken und Zusammenhänge verschiedener Machtungleichheits- sowie Dominanzstrukturen zu untersuchen. So überkreuzen sich Rassifizierungsprozesse mit anderen Subjektivierungsweisen und Unterdrückungsverhältnissen. Solche Wechselwirkungen mit Kategorien wie Klasse, Geschlecht oder Religion werden gemeinhin mit dem Konzept der Intersektionalität beschrieben. Zurückgehend auf Schwarze feministische Wissenstraditionen in den USA (vgl. Combahee River Collective 1987) und anfangs vor allem als legales Konzept für ein besseres Verständnis von Lücken im Antidiskriminierungsrecht vorgebracht (vgl. Crenshaw 1988, 1989), hat Intersektionalität eine „disziplinäre, methodologische und institutionelle Reise“ (Traußneck 2023: 118) hinter sich gebracht. Inzwischen herrscht demnach primär eine kritische Auseinandersetzung mit den gegenwärtigen Aneignungsweisen des Begriffs (vgl. Haider 2018; Nash 2019; Roldán Mendivil & Sarbo 2022; Traußneck 2023). Für die Analyse der im vorliegenden Bericht präsentierten Daten ist Intersektionalität eine wichtige Perspektive, um die Verschränkungen rassistischer Erfahrungen mit anderen Diskriminierungsformen in den Blick zu nehmen. Eine solche intersektionale, kontext- und zeitgebundene Analyse von Rassismus und den Institutionen und Strukturen, durch die dieser (re-)produziert wird, ist auch für die gesellschaftliche Gegenwart in Deutschland notwendig.

(Neo-)Rassismus und nationale Staatsangehörigkeit

Mit Blick auf die Zugehörigkeit in Deutschland zeigen sich Verschiebungen, die Zugehörigkeit über ein natio-ethno-kulturelles Verständnis von Deutschsein definieren (vgl. Mecheril 2002). Anschließend an die rechtsstaatliche Verfasstheit der BRD fungiert „Staatsangehörigkeit“ formell als zentrales rechtlich-politisches Zugehörigkeitsmerkmal. Bis zur Reform des deutschen Staatsbürgerschaftsrechts in den Jahren 1999/2000 herrschte dabei ein *ius sanguinis* (Abstammungsprinzip), wonach familiäre Abstammung noch über die formal-rechtliche Mitgliedschaft zum deutschen Staat bestimmte. Annahmen über die natürliche Verbindung von Nationalstaatlichkeit und ethnischer Zugehörigkeit fundierten diese Praxis (vgl. Brubaker 1994; Heckmann 1992: 56). Abstammung spielt jedoch auch nach der Rechtsreform und der Einführung des *ius soli* (Geburtsortsprinzip) weiterhin eine bedeutsame Rolle, wie allein das Volksverständnis in bundesdeutschen Diskussionen um Zugehörigkeit belegt (vgl. Alexopoulou 2019).

Auch die informellen Dimensionen gesellschaftlicher Zugehörigkeit werden von Abstammungslogiken beeinflusst. So kursiert in der Gegenwart ein Wissen über „Anderere“ oder „Nichtdeutsche“, das sich aus Imaginationen über deutsche und nicht-deutsche Lebenswelten und Gewohnheiten speist (vgl. El-Tayeb 2016). Ausdruck hiervon ist etwa die permanente Integrationsdebatte, die an all jene gerichtet wird, die anhand konstruierter Differenzmerkmale wie Aussehen oder Name als nicht-deutsch klassifiziert werden (vgl. Battaglia 2007; Bojadžijev 2012). Entlang nationaler, ethnischer, kultureller oder religiös kodierter Kategorien wird somit Deutschsein nicht mehr lediglich als deckungsgleich mit formaler Staatsbürgerschaft verhandelt, sondern auf Aspekte der Lebenswelt und der biografischen Erfahrungen ausgeweitet (vgl. Polat & Wienand 2014). Ausdruck findet diese Entwicklung etwa in der Produktion und Anwendung der Kategorie „Menschen mit Migrationshintergrund“, die im Zuge des reformierten Staatsbürgerschaftsrechts den Begriff „Ausländer“⁹ ablöste, gleichsam jedoch die Markierung spezifischer deutscher Staatsbürger*innen fortführte. Mit der Etablierung der Kategorie „Menschen mit Migrationshintergrund“ wurde demnach eine neue Grundlage dafür geschaffen, Abstammung und ethnische Zugehörigkeiten auch weiterhin unter dem Schirm von Diversität und Pluralität zu thematisieren, abzubilden und zu erfassen (vgl. Fachkommission Integrationsfähigkeit 2020: 218–227). Verknüpft damit sind soziologische Konzepte einer deutschen Mehrheitsgesellschaft,

⁹ Juristisch bezeichnet der Begriff Menschen mit einer anderen Staatsangehörigkeit als derjenigen des Landes, in dem sich die Person derzeit aufhält. In Deutschland sind dies alle Menschen ohne die deutsche Staatsangehörigkeit. Der Ausdruck wird im deutschen Kontext als Ausweichbegriff mit rassistischen Konnotationen auch für Menschen verwendet, die die deutsche Staatsangehörigkeit haben, aber denen eine deutsche Herkunft oder ein Lebensmittelpunkt in Deutschland abgesprochen wird.

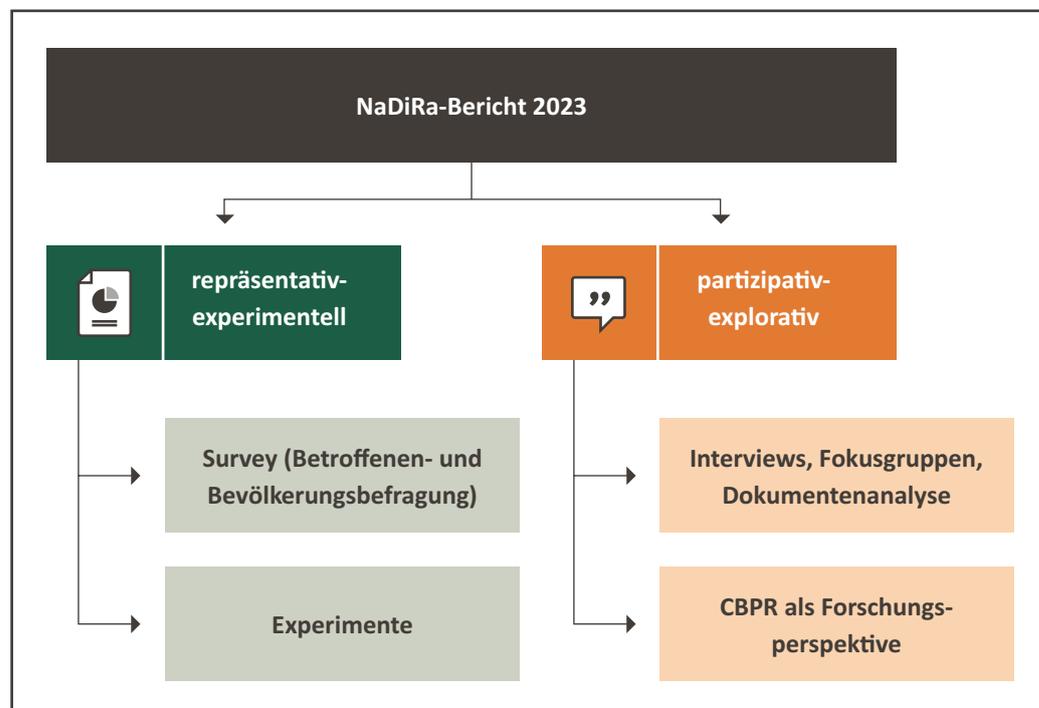
die entlang einer Abstammungslogik als *weiß*¹⁰ und christlich-säkular (vgl. Doughan & Tzuberi 2018), inzwischen zuweilen auch als christlich-jüdisch (vgl. Schüler-Springorum 2018) imaginiert wird.

¹⁰ In der quantitativen Sozialforschung taucht der Begriff *weiß* in Deutschland erstmals in den frühen 1960er Jahren auf (vgl. Aich 1963). Er diene damals dazu, im Rahmen der Datenerhebung zu ausländischen Studierenden die deutsche Gesellschaft als Gegenpol zu beschreiben. In diesem Sinne bezeichnet *weiß* und *Weißsein* keine körperlichen Marker, sondern eine gesellschaftspolitisch machtvolle Position und wird oft klein und kursiv geschrieben (vgl. Eggers et al. 2020). In den quantitativen Befragungen des NaDiRa wird *Weißsein* nicht explizit erhoben, sondern es wird sich mithilfe einer Abfrage des Migrationshintergrunds angenähert. In den repräsentativen Erhebungen entspricht demnach ein Selbstverständnis als Deutsch ohne Migrationshintergrund (ohne weitere Angaben) am ehesten der gesellschaftlichen Position, die nicht rassistisch markiert bleibt (siehe Kapitel [Forschungszugang und Methodik](#)).

Forschungszugang und Methodik

Der NaDiRa arbeitet mit einem multimethodischen und interdisziplinären Forschungsdesign. Das Ineinandergreifen der verschiedenen Untersuchungsperspektiven sowie der multimethodische und interdisziplinäre Untersuchungsansatz des NaDiRa stellen in dieser Kombination ein Novum in der systematischen, quantitativen und qualitativen Erfassung von Rassismus in Deutschland dar. Es finden sowohl quantitative Bevölkerungs- und Betroffenenbefragungen (siehe Infobox [Betroffenensample](#)) als auch weitere Methoden der empirischen Sozialforschung Anwendung. So geht der NaDiRa über eine Erhebung der Einstellungen und Vorurteile innerhalb der Gesamtbevölkerung hinaus. Mit der Untersuchung von Rassismus im Längsschnitt erweitert er die bisherige Forschung zu rassistischer Diskriminierung und zu einzelnen Dimensionen gesellschaftlicher Exklusion in Deutschland. Kernelement ist das Monitoring.

Abbildung 2. Multimethodischer Zugang des NaDiRa





Icons zur Methodik

Die beiden Icons beschreiben, auf welche Weise Daten erhoben und Befunde produziert wurden. Im Verlauf des vorliegenden Berichts markieren die Icons rasch erfassbar den Charakter unterschiedlicher Ergebnisse und dienen zur besseren Orientierung der Lesenden: Das Datenblatt mit dem Kuchendiagramm versinnbildlicht quantitative Befunde, die aus Survey-Erhebungen oder Experimenten stammen. Diese Befunde sind repräsentativ und daher verallgemeinerbar.

Die Sprechblase mit den Anführungszeichen bezieht sich hingegen auf Studien, in denen partizipativ-explorativ vorgegangen wurde. Darstellungen, die mit dem Sprechblasen-Icon am Seitenrand versehen sind, bilden die Perspektiven der Studienteilnehmenden ab oder liefern erste Einblicke in konkrete Datensätze.

Multimethodischer Zugang des Berichts

Die in diesem Bericht vorgestellten Ergebnisse in Bezug auf Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen allgemein sowie einige der Befunde, die sich speziell auf den Gesundheitsbereich beziehen, basieren auf den Auswertungen des NaDiRa.panels (siehe Kapitel [Die Daten des NaDiRa.panels](#)). Über die repräsentative Bevölkerungs- und Betroffenenbefragung sowie ein ergänzendes Feldexperiment wurden Zugangs- und Nutzungskontexte von Gesundheitsdienstleistungen, Einstellungen bezüglich Gesundheitsinstitutionen, Rassismuserfahrungen bei der Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen sowie der selbstberichtete Gesundheitszustand in der Breite untersucht. Zusätzlich liefern qualitative Untersuchungen vertiefte Einblicke in Prozesse und (unterschwellige) Mechanismen wie Othering, Silencing oder Rassifizierung, aber auch zu institutionellen Aspekten wie Hierarchien oder organisationalen Arbeitsabläufen. Vor diesem Hintergrund stellen die qualitativen Studien eine grundlegende Ergänzung der quantitativen Erhebungen dar. Darüber hinaus tragen sie zur (Weiter-)Entwicklung von Items für die Messungen in Surveys und Experimenten sowie zu einer ganzheitlicheren Interpretation der Ergebnisse bei. Speziell die Verbindungslinien und Verschränkungen zwischen interpersonellen, institutionellen und strukturellen Diskriminierungen können über den multimethodischen Zugang beleuchtet werden. Die qualitativen Methoden und Zugänge, wie der Community-basierte partizipative Ansatz (Kapitel [II.4](#)), Fokusgruppen und Interviews (Kapitel [II.4](#)

und [II.5](#)) sowie Dokumenten- und Bildanalysen (Kapitel [II.5](#)), und das Experiment (Kapitel [II.2](#)) werden in den jeweiligen Kapiteln näher erläutert. Im Folgenden werden die Datenerhebung und Auswertung der mit dem NaDiRa-panel vorgenommenen Betroffenen- und Bevölkerungsbefragung dargestellt, da diese eine zentrale Rolle in der Analyse in den unterschiedlichen Kapiteln ([I](#) und [II.1](#)) spielen.

➔ **Betroffenensample**

Im NaDiRa-panel werden für diesen Bericht insbesondere drei Gruppen fokussiert. Deren Auswahl erfolgte aufgrund der folgenden Aspekte:

Schwarze, afrikanische und afrodiasporische Menschen leben spätestens seit der Kolonialzeit in Deutschland und organisierten sich seitdem gegen rassistische Politiken und Ausschlüsse (vgl. El-Tayeb 2001; Martin 2004). Die deutsche Kolonialgeschichte und insbesondere der durch das Deutsche Reich im heutigen Namibia verübte Genozid an den Herero und Nama (1904–1908) werden inzwischen nicht nur kritisch gesellschaftlich erinnert. Vor einigen Jahren hat die Bundesregierung die Gewaltverbrechen auch politisch als Völkermord anerkannt. Damit verknüpft sind nicht nur Fragen nach der Reparation historischen Unrechts, sondern auch nach dem Schutz Schwarzer Menschen in der Gegenwart. Der *Afrozensus*, die erste bundesweite, jedoch nicht repräsentative Befragung Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland, liefert einen Einblick in die Diversität der zeitgenössischen Schwarzen Community und ihre Erfahrungen mit anti-Schwarzem Rassismus (vgl. Aikins, M. A. et al. 2021). Dabei wurde deutlich, dass die in der Studie Befragten den politischen Institutionen in Deutschland (Landesregierungen, Bundesregierung, Bundestag) tendenziell nur wenig Vertrauen entgegenbringen. Anders sieht dies mit Blick auf den deutschen Rechtsstaat aus, dem weitestgehend vertraut wird (vgl. ebd.: 257, 255). Die Autor*innen des *Afrozensus* fordern daran anschließend vertiefende Forschung, die den Zusammenhang zwischen eigenen Rassismuserfahrungen und der Beurteilung staatlicher Institutionen beleuchtet (vgl. ebd.: 255). Hier schließen die Erhebungen des NaDiRa an (siehe Kapitel I). Daten zu rassistischen Einstellungen sowie Antipathie, Sympathie oder Ambivalenz in Deutschland gegenüber Schwarzen Menschen wurden erstmals 2021 in der Mitte-Studie erhoben



(vgl. Zick & Küpper 2021: 150–158). Dabei wurde deutlich, dass etwa jede zehnte Person unter den Befragten subtilen Minderwertigkeitszuschreibungen in Bezug auf Schwarze Menschen zustimmte (vgl. ebd.: 151). Obgleich die Mehrheit einen offenen, biologistisch argumentierenden Rassismus ablehnte, waren anti-Schwarze Einstellungen eng mit Annahmen über gesellschaftliche Etabliertenvorrechte und demnach mit einer ausbleibenden Anerkennung der Rechte Schwarzer Menschen verknüpft (vgl. ebd.: 151, 155, 158). Zudem wurde ein Zusammenhang zwischen anti-Schwarzen Einstellungen und antimuslimischen Vorurteilen festgestellt (vgl. ebd.: 156).

Muslimische Menschen bzw. als solche gelesene Personen bilden gegenwärtig mit gut 6% der Gesamtgesellschaft die größte Einwanderungsgruppe in Deutschland (vgl. Pfündel, Stichs & Tanis 2021: 37). Mehrheitlich stammen diese Menschen aus der Türkei und Syrien, wobei unter den syrischstämmigen Muslim*innen viele erst in den vergangenen Jahren nach Deutschland eingewandert sind (vgl. ebd.: 38). Insbesondere seit der Reform des deutschen Staatsangehörigkeitsrechts 1999/2000 wurden in der deutschen Öffentlichkeit und im politischen Handeln Einwander*innen und deren Nachkommen, die zuvor primär entlang nationaler oder ethnischer Kategorien Betrachtung fanden, zunehmend als religiöses Kollektiv adressiert. Diese Verschiebung schlug sich nicht nur in entsprechenden Selbstbeschreibungen als Muslim*innen nieder (vgl. Spielhaus 2011), sondern trug auch zur Etablierung eines gesellschaftlich verbreiteten antimuslimischen Rassismus sowie einer Politisierung der Islamforschung bei (vgl. Amir-Moazami 2018; Attia 2009; Shooman 2014). Die Mitte-Studie von 2021 belegt, dass ein Fünftel bis ein Drittel der Befragten abneigende Einstellungen gegenüber Muslim*innen pflegt und die Meinung vertritt, dass diese in zu großer Zahl in Deutschland leben (vgl. Zick & Küpper 2021: 187). Andere Befragungen zeigen, dass die Abwehr des sozialen Aufstiegs von Muslim*innen in Deutschland weitverbreitet ist und von mehr als einem Drittel der Bevölkerung geäußert wird (vgl. Zick & Krott 2021: 26). Etwa die Hälfte der Befragten der Leipziger Autoritarismus-Studie von 2020 gab sogar an, dass die Präsenz muslimischer Menschen in Deutschland ihnen ein Gefühl der Fremdheit vermittele (vgl. Decker & Brähler 2020: 64). Bereits



2010 hatte Thilo Sarrazin in seinen neorassistischen Schriften die Abwertung von Muslim*innen in Deutschland durch einen abgrenzenden Vergleich zu asiatischen Menschen legitimiert und vorangetrieben.

Asiatische Menschen bzw. als solche gelesene Personen galten in den rassistischen Diskursen Deutschlands lange Zeit als „Vorzeigemigrant*innen“ und wurden seit den späten 2000er Jahren vorrangig als „Model Minority“ verhandelt. Die Vorlage hierfür lieferten repräsentative Erhebungen aus dem Feld der Bildungswissenschaften (vgl. Hartlep & Bui 2020). Besonders zu nennen sind hier die erstmals in der OECD-Schulleistungsstudie PISA erfassten und abgebildeten Bildungserfolge der Kinder vietnamesischer Immigrant*innen in Deutschland. Anknüpfend an rassistische Zuschreibungen aus der Zeit der deutschen Kolonialexpansion in die sogenannte Südsee trugen diese Befunde dazu bei, asiatischen Menschen in Deutschland eine erfolgreiche Aufstiegs Geschichte zu attestieren (vgl. Suda & Köhler i. E.). Diese etablierte Erzählung überdeckt jedoch Rassismus gegen asiatische Menschen, die bereits seit der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert in kleinerer Anzahl in Deutschland lebten oder nach dem Zweiten Weltkrieg einwanderten bzw. nach Deutschland flohen (vgl. Ha, K. N. 2021). Besonders die letzte dieser Gruppierungen stand in den 1990er Jahren im Mittelpunkt von Terror und rassistischer Gewalt. Die pogromartigen Übergriffe auf das Wohnheim vietnamesischer Vertragsarbeitender im sogenannten Sonnenblumenhaus in Rostock-Lichtenhagen 1992 sind ein eindrücklicher Beleg hierfür (vgl. Ha, K. N. 2012; Prenzel 2015; Verein Bildung & Publizistik 2022). Zu einem erneuten Aufleben und einer Transformation solch antiasiatischer Bilder kam es im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie. In diesem Zusammenhang war eine Kulturalisierung des Corona-Virus als „China-Virus“ zu beobachten. Unter Rückgriff auf koloniale Vorstellungen einer „gelben Gefahr“, die im Kontext der deutschen Kolonie in China entstanden war, wurden daran anschließend vermehrt Personen angegriffen, die als „chinesisch“ oder „asiatisch“ gelesen wurden (vgl. Suda & Köhler i. E.). Seitdem findet auch der Begriff des antiasiatischen Rassismus in deutschen Debatten sowie in der Wissenschaft Verbreitung.

Die Daten des NaDiRa.panels

Stichprobenziehung und Datenerhebung

Die Rekrutierungswelle, die sogenannte Welle 0 (W0), wurde im Auftrag des Deutschen Zentrums für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) vom infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft durchgeführt. Die Grundgesamtheit der Panelbefragung des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors (NaDiRa.panel) bilden Personen mit und ohne Migrationshintergrund im Alter von 18 bis 70 Jahren¹¹, die in Deutschland wohnhaft sind. Besondere Zielgruppen der Befragung waren Personen mit einer Migrationsgeschichte aus Afrika (ohne Nordafrika), Ost- und Südostasien, der Türkei oder aus sonstigen mehrheitlich muslimischen Ländern (inklusive Nordafrika). Der Datenerhebung liegt eine Zufallsziehung aus Einwohnermelderegistern zugrunde. Wobei die Ziehung disproportional angelegt wurde, um Gemeinden mit einem höheren Anteil genannter Zielgruppen stärker zu berücksichtigen. In diesem Zusammenhang fand vor der eigentlichen Ziehung zunächst eine Einteilung von Gemeinden in zwei Ziehungsrahmen statt. Diese Einteilung erfolgte anhand von Informationen zu Migrationsanteilen auf Gemeindeebene, speziell bezogen auf die Gruppen von Personen aus Ostasien und Afrika (ohne Nordafrika). So bildeten jene Gemeinden, die zu den oberen 40 % aller Gemeinden bezüglich der Anteile der beiden Gruppen gehörten, einen eigenen Ziehungsrahmen. Auf diese Weise konnte der Anteil der Sample Points, die einen relativ hohen Anteil von Personen aus Ostasien und Afrika (ohne Nordafrika) aufweisen, von 20 % auf 50 % erhöht werden. Für die Erhebung wurde dann in beiden Ziehungsrahmen eine Zufallsziehung aus den Einwohnermelderegistern von jeweils 250 Sample Points durchgeführt. Es konnte eine disproportionale Ziehung auf Gemeindeebene erfolgen und zusätzlich ein „Oversampling“ erreicht werden, indem bei der Auswahl der Personen auf eine namensbasierte (onomastische) Vorqualifizierung aller gelieferten Adressen zurückgegriffen wurde. Auf diese Weise gelangten Personen, deren Namen mit großer Wahrscheinlichkeit in eine der vorher genannten Zielgruppen fällt, eher in die Stichprobe.

Die Stichprobe zeichnet sich also dadurch aus, dass besonders relevante Zielgruppen überproportional erfasst wurden und somit hinreichend hohe Fallzahlen zur Verfügung stehen, die eine differenzierte Beschreibung und Analyse der jeweiligen Lebenslagen ermöglichen.

Von den Einwohnermeldeämtern konnten zusammen 893.715 Adressen bereitgestellt werden, wovon wiederum 75.375 angeschrieben wurden. Die postalischen Anschreiben umfassten die Einladung zur Befragung, einen entsprechenden Papierfragebogen unserer Studie und zusätzlich ein 5-Euro-Incentive. Es wurde auf die Möglichkeit hingewiesen, den Fragebogen online auszufüllen. Die Befragung der W0 fand somit als sogenannter Methodenmix aus PAPI (Papierfragebogen – *paper and pencil interview*) und CAWI (On-

¹¹ Hierbei handelt es sich um die Geburtsjahrgänge 1951 bis 2004.

line-Fragebogen – *computer aided web interview*) statt (vgl. Ruland et al. 2023). Während der PAPI-Fragebogen ausschließlich in deutscher Sprache zur Verfügung stand, konnte der CAWI-Fragebogen auf Arabisch, Französisch, Englisch, Mandarin, Türkisch, Vietnamesisch oder Deutsch ausgefüllt werden.

Die Feldphase startete am 24.06.2022 und endete am 21.11.2022.¹² Insgesamt war es möglich, innerhalb dieses Zeitraums 21.418 Interviews zu realisieren (10.006 PAPI und 11.412 CAWI), was einer Rücklaufquote von 28,5 % entspricht. 13.624 der befragten Personen (63,6 %) stimmten am Ende des Fragebogens der Adressspeicherung zum Zweck einer erneuten Teilnahme im NaDiRa.panel zu (vgl. Ruland et al. 2023).

Onomastische Vorklassifikation

Deutschland hat sich nach dem Zweiten Weltkrieg bewusst dafür entschieden, für offizielle Statistiken keine Informationen zu erheben, die Personen oder Gruppen in rassistischen Kategorien erfassen (vgl. Juang et al. 2021). Damit verbunden gibt es in den Daten der Einwohnermeldeämter keine direkte Auswahlgrundlage, um bei der Stichprobenziehung speziell rassistisch markierte Gruppen zu adressieren. Aufgrund dessen wurde im NaDiRa.panel das Näherungsverfahren der Onomastik (vgl. Humpert & Schneiderheinze 2000) angewendet.¹³ Bei der onomastischen Methode („namensbasiertes Verfahren“) wird anhand der Namen der gezogenen Personen auf die mögliche regionale oder sprachräumliche Herkunft geschlossen. Mittlerweile bildet diese Methode in der sozialwissenschaftlichen Umfragepraxis ein gängiges Vorgehen, um eine Überrepräsentation von Minderheitengruppen mit Migrationsgeschichte zu erreichen (vgl. Liebau, Humpert & Schneiderheinze 2018; Salentin 2014).

Das Verfahren stellt allerdings keine endgültige Einteilung von Personen in die entsprechenden Gruppen dar, sondern ist eine rein stichprobentechnische Vorklassifikation, mit der die Wahrscheinlichkeit entscheidend erhöht wird, Personen auszuwählen, die dann tatsächlich die entsprechend anvisierten Herkunftsländer aufweisen. Bei der Rekrutierungswelle W0 des NaDiRa.panels wurden die von den Einwohnermeldeämtern übermittelten Namen in fünf Subgruppen eingeteilt: Personen mit (familiärer) Migrationsgeschichte a) aus der Türkei, b) aus mehrheitlich muslimischen Herkunftsregionen (inklusive Nordafrika), c) aus Ost- und Südostasien, d) aus Afrika (ohne Nordafrika) und e) alle anderen Personen. Die Feldsteuerung der Befragung wurde dann so angelegt, dass für jede dieser fünf Subgruppen eine vorher bestimmte ausreichende Zahl von Interviews geführt wurde (vgl. Ruland et al. 2023).¹⁴

¹² Vor Beginn der Feldphase wurde zwischen dem 08.04.2022 und dem 12.04.2022 ein quantitativer Pretest des Online-Fragebogens durchgeführt, n = 35 (vgl. Ruland et al. 2023).

¹³ Durchgeführt wurde dies von der Humpert & Schneiderheinze GbR (vgl. Ruland et al. 2023).

¹⁴ Das angewendete Erhebungsverfahren stellt dabei sicher, dass es sich innerhalb der Subgruppen jeweils um Zufallsstichproben handelt. Die realisierten Fallzahlen innerhalb der einzelnen Onomastikgruppen sind unten in [Tabelle 2](#) aufgeführt.

Design- und Ausfallgewichtung

Personen mit einer Migrationsgeschichte aus Afrika (ohne Nordafrika), Ost- und Südostasien, der Türkei oder sonstigen mehrheitlich muslimischen Ländern (inklusive Nordafrika) konnten durch verschiedene Verfahren (s. o.) eine besondere Berücksichtigung in unserer Stichprobe finden. Um allgemeine, möglichst repräsentative Aussagen über die Grundgesamtheit (Bevölkerung der BRD) und einzelne Gruppen zu treffen, ist es daher bei der Auswertung der Daten unabdingbar, die unterschiedlichen Auswahlwahrscheinlichkeiten miteinzubeziehen. Wir verwenden in diesen Fällen einen von infas bereitgestellten Gewichtungsfaktor: ein sogenanntes ausfalladjustiertes Designgewicht. Dieses berücksichtigt nicht nur die onomastische Vorklassifizierung und die disproportionale Ziehung aus den Einwohnermelderegistern, sondern auch Ausfälle bei der Gemeindeauswahl und auf der Individualebene. Darüber hinaus kann mithilfe der Gewichtung eine Anpassung der zentralen Merkmale ¹⁵ erfolgen (Ruland et al. 2023: 29–31).

Kategorisierungsdimensionen im NaDiRa.panel

In der quantitativ-empirischen Rassismusforschung stehen in der Regel Analysen von Gruppen und Gruppenunterschieden im Vordergrund. Dies ist generell nicht unproblematisch, denn Gruppengrenzen sind letztlich unklar und fließend.¹⁶ In Anbetracht dessen besteht die Gefahr, dass Gruppen und damit auch Gruppengrenzen durch ihre Definition und Erfassung gewissermaßen künstlich erschaffen werden und sich dadurch erst in der Realität manifestieren (vgl. Brubaker 2002; Wimmer 2008; Zuberi 2000). Dies sollte beim konkreten Umgang mit der Thematik und bei der Interpretation von Befunden stets bedacht werden. Trotzdem sind gewisse Kategorisierungen notwendig, um gruppenspezifische Ungleichheitsstrukturen überhaupt erkennen und statistisch untersuchen zu können.

Die Frage, welche Art der Kategorisierung vor diesem Hintergrund geeignet ist, wird intensiv und kontrovers diskutiert (vgl. Supik 2022; Will 2022). Gruppierungen anhand von Generationen und Herkunftsländern sind besonders in der Integrationsforschung verbreitet. Im ersten Abschnitt wird betrachtet, wie sich die entsprechenden Möglichkeiten mit dem NaDiRa.panel gestalten. Gerade um rassistische Erfahrungen und Strukturen abzubilden, werden zunehmend die Selbst- und Fremdzuschreibung als Alternativen diskutiert und gefordert (vgl. Supik 2022). Auf die entsprechenden Argumente und die Umsetzung innerhalb des NaDiRa.panels wird im zweiten Abschnitt eingegangen. Abschließend wird der Umgang mit den verschiedenen Kategorisierungen in diesem Bericht dargestellt und diskutiert.

¹⁵ Geschlecht, Altersgruppen, höchster allgemeinbildender Schulabschluss, Erwerbsstatus, Haushaltsgröße, Bundesland, BIK-Gemeindegrößenklasse, Migrationshintergrund

¹⁶ Dies verdeutlicht zum Beispiel der im letzten Abschnitt erläuterte Algorithmus zur Bestimmung der Herkunftsländer, der Entscheidungen beinhaltet, die auch anders getroffen werden könnten.

Herkunftsländer

Um die familiäre Migrationsgeschichte der Befragten zu erfassen, wurden im NaDiRa-panel neben dem eigenen Geburtsland auch die Geburtsländer der Eltern und der Großeltern erhoben. So kann das Herkunftsland einer befragten Person bis zur dritten Generation identifiziert werden. Dies erweist sich im Einzelfall bei komplexen Migrationsgeschichten (unterschiedliche Geburtsländer im Familienbaum) als nicht trivial und verlangt einige Entscheidungen in der Priorisierung der Zuordnung. In Anlehnung an Dollmann, Jacob und Kalter (2014) wird dazu wie folgt vorgegangen:

Zunächst ist die Ebene der Großeltern ausschlaggebend. Ist mindestens ein Großelternanteil nicht in Deutschland geboren, so ergibt sich das Herkunftsland in der Gesamtschau der Geburtsländer aller vier Großelternanteile einer befragten Person: Sobald die Großeltern dabei verschiedene Geburtsländer außerhalb von Deutschland haben, so gilt unter diesen die Mehrheitsregel. Demzufolge wird das Herkunftsland der befragten Person durch dasjenige Geburtsland der Großelternanteile bestimmt, das am häufigsten vorkommt. Ergibt sich kein eindeutiges „Mehrheitsland“, so hat die mütterliche Linie Priorität. Sind alle Großelternanteile der befragten Person in Deutschland geboren, werden die Geburtsländer der Eltern herangezogen. Wie bei den Großeltern wird sowohl nach Mehrheitsregel als auch nach Prioritätsregel vorgegangen. Das bedeutet, das Herkunftsland der befragten Person richtet sich nach dem Geburtsland der im Ausland geborenen Eltern, sofern beide Elternteile aus dem gleichen Land stammen. Haben die Eltern unterschiedliche Geburtsländer, so ist die Referenz, an dem sich das Herkunftsland der befragten Person orientiert, das Geburtsland der Mutter. Für den Fall, dass ein Elternteil in Deutschland, das andere im Ausland geboren ist, ist stets das Geburtsland des aus dem Ausland stammenden Elternteils ausschlaggebend für die Bestimmung des Herkunftslandes.

Schließlich wird bei Personen, die keine Zuwanderungsgeschichte aufweisen – also, wenn das eigene Geburtsland, das der Eltern und das der Großeltern Deutschland ist – entsprechend Deutschland als Herkunftsland identifiziert.

Nachfolgend ([Tabelle 1](#)) sind die zehn häufigsten Herkunftsländer, die sich nach dieser Definition für die Befragten ergeben, aufgeführt.

Tabelle 1. Die zehn häufigsten Herkunftsländer (absolute Zahlen und Anteile in Prozent)

Herkunftsland	Anzahl der Befragten
1. Deutschland	6.171 (28,8%)
2. Türkei	2.168 (10,1%)
3. China	1.255 (5,9%)
4. Syrien ¹⁷	1.150 (5,4%)
5. Polen	900 (4,2%)
6. Vietnam	852 (4,0%)
7. Indien	845 (4,0%)
8. Iran	384 (1,8%)
9. Afghanistan	342 (1,6%)
10. Nigeria	305 (1,4%)

Lesebeispiel: Für 6.171 (28,8%) aller Befragten wurde Deutschland als ihr Herkunftsland identifiziert, weil diese Personen keine eigene oder familiäre Zuwanderungsgeschichte aufweisen. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (ungewichtet), eigene Berechnungen.

Genauigkeit der onomastischen Vorklassifikation im NaDiRa.panel

Mit den Herkunftsländern lässt sich prüfen, inwiefern die Überrepräsentation der Zielgruppen mit der onomastischen Vorklassifizierung funktioniert hat. Der Vergleich ergibt, dass onomastische Verfahren geeignet sind, um die angestrebten Gruppen in einem für die Stichprobe des NaDiRa.paneels ausreichenden Umfang zu adressieren (Tabelle 2). Zum Beispiel weisen unter den 4.422 Befragten mit einem Namen, welcher einem der muslimisch geprägten Länder zugeordnet werden kann, 80,2% ein solches Herkunftsland tatsächlich auch auf. Umgekehrt finden sich ebenfalls 94,4% der 3.755 Befragten mit einem muslimischen Herkunftsland in der passenden Kategorie der onomastischen Vorklassifikation wieder.

¹⁷ Hierbei handelt es sich voraussichtlich überwiegend um Personen und deren Familienangehörige, die aufgrund des syrischen Bürgerkriegs nach Deutschland eingewandert sind.

Tabelle 2. Onomastikgruppen und Gruppierung nach tatsächlichen Herkunftsländern (absolute Zahlen und Anteile in Prozent)

Subgruppen nach Herkunftsländern							
Onomastikgruppen	muslimischer Hintergrund	türkischer Hintergrund	ost- und südostasiatischer Hintergrund	subsaharischer Hintergrund	anderer Hintergrund	kein Migrationshintergrund	insgesamt
muslimisch	3.545 →80,2% ↓94,4%	66 →1,5% ↓3,0%	90 →2,0% ↓2,2%	88 →2,0% ↓6,0%	513 →11,6% ↓13,6%	120 →2,7% ↓1,9%	4.422
Türkei	57 →2,4% ↓1,5%	2.089 →86,6% ↓96,4%	3 →0,1% ↓0,1%	4 →0,2% ↓0,3%	177 →7,3% ↓4,7%	82 →3,4% ↓1,3%	2.412
Ost- und Südostasien	72 →1,7% ↓1,9%	3 →0,1% ↓0,1%	3.910 →90,6% ↓96,4%	14 →0,3% ↓0,9%	250 →5,8% ↓6,6%	66 →1,5% ↓1,1%	4.315
Subsahara	29 →1,9% ↓0,8%	1 →0,1% ↓0,1%	12 →0,8% ↓0,3%	1346 →86,1% ↓91,3%	123 →7,9% ↓3,3%	52 →3,3% ↓0,8%	1.563
keine Zielgruppe	52 →0,6% ↓1,4%	9 →0,1% ↓0,4%	43 →0,5% ↓1,1%	22 →0,3% ↓1,5%	2705 →31,2% ↓71,8%	585 →67,4% ↓94,8%	8.682
insgesamt	3.755	2.168	4.058	1.474	3.768	6.171	21.394

Leleseispiel: Unter den insgesamt 2.089 Befragten, die über das Onomastikverfahren der „Türkei“ zugeordnet wurden, haben 86,6% angegeben, zur Subgruppe „türkischer Hintergrund“ zu gehören. Umgekehrt befinden sich 96,4% aller Befragten mit „türkischem Hintergrund“ in der Onomastikgruppe „Türkei“ wieder. **Anmerkung:** Dargestellt ist die Anzahl der Befragten, die eine bestimmte Kombination aus Onomastikgruppe und Herkunftslandgruppe aufweisen sowie die entsprechenden Zeilenprozentage (→) und Spaltenprozentage (↓). **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (ungewichtet), eigene Berechnungen.

Die Vorklassifikation ist für die anderen Gruppen sogar noch genauer. Für die Gruppe Ost- und Südostasien fällt die Überschneidung zwischen der onomastischen Vorklassifizierung und den Herkunftsländern mit 90,6 bzw. 96,4% am höchsten aus. Wie zu sehen ist, gibt es neben den falsch-positiven Fällen (Befragte werden onomastisch einer Zielgruppe zugeordnet, gehören aber tatsächlich nicht dazu) auch falsch-negative Fälle (Befragte werden onomastisch einer Zielgruppe nicht zugeordnet, gehören tatsächlich aber dazu). Insgesamt verdeutlicht die Gegenüberstellung in [Tabelle 2](#), dass die Namen von Personen ein hilfreicher Indikator für die Überrepräsentation dieser Zielgruppen sein können. Gleichzeitig finden sich keine vollständigen Überschneidungen zwischen namensbasierter Herkunftszuordnung (Onomastik) und den Herkunftsländern nach den Geburtsländern. Während die Onomastik für die Stichprobenziehung geeignet ist, kann sie dementsprechend nicht als Kategorisierungsgrundlage für die Auswertung der Daten genutzt werden.

Generationenstatus

Mit den Geburtsländern der befragten Person sowie mit den Geburtsländern der Eltern und Großeltern kann neben dem Herkunftsland auch der Generationenstatus ermittelt werden. Dies eröffnet tiefere Analysepotenziale im Vergleich zu einer einfachen Unterscheidung zwischen Personen „mit/ohne Migrationshintergrund“ in der Kategorisierung. Generell lassen sich die folgenden Generationen spezifizieren:¹⁸

1. Generation: Zur ersten Generation werden Befragte zugeordnet, wenn diese im Ausland geboren und somit selbst nach Deutschland eingewandert sind. Dabei ist es unerheblich, woher die Eltern und Großeltern stammen.¹⁹

2. Generation: Zur zweiten Generation werden Personen gezählt, wenn diese selbst in Deutschland geboren sind, aber mindestens ein Elternteil im Ausland geboren ist.

3. Generation: Zu dieser Kategorie gehören alle Befragten, deren eigenes Geburtsland sowie das Geburtsland beider Eltern Deutschland ist und mindestens ein Großelternanteil im Ausland geboren wurde.

Ohne Migrationshintergrund: Als Personen ohne Migrationshintergrund werden Befragte identifiziert, die sowohl selbst als auch deren Eltern sowie alle Großeltern in Deutschland geboren sind und die somit bis zur dritten Generation keine Migrationsgeschichte aufweisen.

Die Befragten des NaDiRa.panels verteilen sich insgesamt wie folgt auf diese vier Kategorien (Tabelle 3). Durch das Oversampling der Zielgruppen besitzt etwa zwei Drittel der Stichprobe einen Migrationshintergrund. Am stärksten ist dabei die Gruppe der ersten Generation, also Personen, die selbst in einem anderen Land geboren und nach Deutschland eingewandert sind, mit rund 49% vertreten. Diese Information kann bei der Einordnung der Ergebnisse von Interesse sein, da die erste Generation häufig ihren Schul- bzw. Universitätsabschluss im Ausland und Deutschkenntnisse erst im Erwachsenenalter erworben hat.

¹⁸ Das im NaDiRa.paneel umgesetzte Konzept des „Migrationshintergrunds“ unterscheidet sich somit von der Operationalisierung des Migrationshintergrunds durch das Statistische Bundesamt, die darauf beruht, dass die Eltern mit einer anderen Staatsbürgerschaft als der deutschen geboren wurden. Auch werden die Informationen über die Großeltern bei der Operationalisierung des Statistischen Bundesamts nicht berücksichtigt. Deshalb ist ein Abgleich unseres Samples mit der Grundgesamtheit bezüglich Herkunftsländer und Generationenstatus nur eingeschränkt möglich.

¹⁹ Dabei ist zu beachten, dass es eine kleine Anzahl (n = 55) von Befragten gibt, die – wahrscheinlich im Zuge eines längeren Auslandsaufenthaltes ihrer Eltern – im Ausland geboren sind, aber beide Eltern und alle Großeltern in Deutschland.

Tabelle 3. Generationenstatus (absolute Zahlen und Anteile in Prozent)

Generationenstatus	Anzahl der Befragten (in %)
1. Generation	9.618 (48,5%)
2. Generation	3.473 (17,5%)
3. Generation	942 (4,8%)
ohne Migrationshintergrund	5.814 (29.3%)

Lesebeispiel: 48,5% der Befragten geben an, dass sie im Ausland geboren sind, somit der ersten Generation der Migrant*innen angehören. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (ungewichtet), eigene Berechnungen.

Grundsätzlich kann es für bestimmte Fragestellungen sinnvoll sein, den Generationenstatus noch feiner zu unterteilen, etwa danach, in welchem Alter Befragte eingereist sind (vgl. Dollmann, Jacob & Kalter 2014; Kalter & Heath 2018; Olczyk, Will & Kristen 2014). Eine detailliertere Klassifikation des Generationenstatus ist mit den Daten des NaDiRa.panels grundsätzlich möglich. An dieser Stelle wird aus Gründen der Übersichtlichkeit die grobe Klassifikation berichtet.

Kategorisierungen und Gruppierungen anhand von Herkunftsländern und Generationen (wie oben) sind besonders verbreitet und haben sich bislang bewährt. Diese Konzepte besitzen vor allem den Vorteil, dass sie „objektive“ Merkmale darstellen und als solche zum Beispiel auch zwischen unterschiedlichen Kontexten oder auch über die Zeit verhältnismäßig gut vergleichbar sind. Ihr Nachteil liegt jedoch darin, dass Kategorien wie das Herkunftsland oft nur sehr unscharf die zentralen Merkmale erfassen, an denen sich gerade rassistische Benachteiligungen festmachen. So kann innerhalb dieser Differenzierungsdimensionen eine erhebliche Heterogenität an Merkmalen – wie zum Beispiel Hautfarbe, Religion oder Ethnie – vorliegen. Wenn lediglich das Herkunftsland oder der Generationenstatus in die Betrachtung einbezogen wird, können folglich zentrale Ungleichheitsstrukturen nur unzureichend herausgearbeitet werden. Das betrifft insbesondere jüngere Generationen, bei denen sich die familiäre Zuwanderungsgeschichte oft durch Eltern und Großeltern sehr komplex gestalten kann.

Selbst- und Fremdzuschreibung

Gerade in Ländern mit großen indigenen oder kolonialhistorisch bedingten Minderheiten – wie den USA oder Großbritannien – ist die Selbstidentifikation von Personen als Kategorie für die statistische Erfassung üblich, um die besonderen sozialen Lagen einbeziehen zu können. In der Praxis – wie am Beispiel des britischen Zensus nachzuvollziehen – wird gefragt, welcher ethnischen Gruppe sich die Zielperson zugehörig fühlt, wobei die Personen mehrere, sich nicht ausschließende Identitäten auswählen können, die sich zusätzlich um eine offene Angabe erweitern lassen (vgl. Aikins, J. K. & Supik 2018).²⁰

²⁰ Im US-amerikanischen Zensus wird seit 2010 zum Beispiel die Frage gestellt: „What is your race?“

Um den eingangs beschriebenen Nachteilen „objektiver Kriterien“, wie dem Herkunftsland oder dem Generationenstatus, zu begegnen und somit das jeweilige Diskriminierungsrisiko von Minderheiten und Gruppen angemessener erfassen zu können, wird auch im deutschsprachigen Kontext zunehmend die Selbstzuschreibung als Alternative erörtert (vgl. Supik 2022). Es wird vorgeschlagen, die Selbstidentifikation im Idealfall analog mit einer Frage zur wahrgenommenen Fremdzuschreibung zu erweitern. Dabei wird es als Vorteil gesehen, dass die subjektiven Selbstauskünfte und subjektiv wahrgenommenen Fremdeinschätzungen nicht als feststehende, sondern vielmehr als dynamische Kategorien zu verstehen sind, die für zeitliche wie auch räumliche Schwankungen sensibel bleiben (vgl. Aikins, J. K. & Supik 2018).

Demnach basieren Selbstzuschreibungen auf einem subjektiven Prozess, der mit einer Selbstpositionierung einhergeht, welche durch lebensweltliche Erfahrungen und kulturelle Erziehung im Laufe des Lebens beeinflusst wird. Mit der Selbstzuschreibung können Individuen die Komplexität und Vielfalt ihrer Identität abbilden und reflektieren. Folglich ist die Selbstidentifikation, wie bereits angedeutet, keine feste oder statische kognitive Komponente des individuellen Selbstkonzepts, sondern vielmehr ein tiefgreifender, auf Gruppen bezogener Prozess, der sich im Laufe der Zeit entwickeln und verändern kann (vgl. Kinket & Verkuyten 1997).

Fremdzuschreibungen beziehen sich hingegen auf Prozesse, in denen einer Person, aufgrund von äußeren Faktoren wie zum Beispiel dem physischen Erscheinungsbild, der wahrgenommenen Herkunft oder anhand gesellschaftlicher Normen eine Identität zugeschrieben wird. Diese Zuordnungen werden extern vorgenommen, unabhängig davon, ob eine tatsächliche Gruppenzugehörigkeit oder eine entsprechende Selbstdefinition vorliegt oder nicht (vgl. Appiah 2000). Während sich die Selbstzuschreibung auf eine interne Dimension der Identität bezieht, verweist die Fremdzuschreibung auf eine externe Dimension der Identität, also wie eine Person von anderen zu- und eingeordnet wird (vgl. Stephan & Stephan 2000).

Allerdings sollte bei der Verwendung der subjektiv eingeschätzten Selbst- und Fremdzuschreibung stets ein mögliches, sogenanntes Endogenitätsproblem mitberücksichtigt werden. So wird dabei die grundsätzliche Frage aufgeworfen: Ist die Gruppenzugehörigkeit die Ursache für bestimmte rassistische Erfahrungen oder sind die rassistischen Erfahrungen die Ursache für eine stärkere oder schwächere Identifikation mit bzw. zu einer Gruppe?

Im NaDiRa.panel haben Befragte die Möglichkeit, sich selbst einer oder mehreren Gruppen zuzuschreiben. Die konkrete Formulierung im Fragebogen lautet: „Menschen können sich verschiedenen Gruppen zugehörig fühlen. Wie ist das bei Ihnen? Bitte geben Sie alle

Gruppen an, denen Sie sich zugehörig fühlen.“ Zur Auswahl²¹ wurden hier die folgenden Gruppen vorgegeben: „asiatische Menschen“, „jüdische Menschen“, „muslimische Menschen“, „Sinti/Sintizze oder Roma/Romnja“, „osteuropäische Menschen“ und „Schwarze Menschen“. Zusätzlich konnten sich Personen als „deutsch mit Migrationshintergrund“ und als „deutsch ohne Migrationshintergrund“ identifizieren (siehe auch Kapitel [Historisch-theoretische Vorüberlegungen](#)). Darüber hinaus wurde eine offene Frage aufgenommen, die es den Befragten ermöglicht, ihre Selbstidentifikation mit eigenen Worten zu beschreiben.

In der NaDiRa.panel-Erhebung konnten die befragten Personen ungeachtet ihrer Selbstzuschreibung außerdem eine oder mehrere dieser Gruppenzugehörigkeiten bezüglich ihrer wahrgenommenen Fremdzuschreibung angeben: „Unabhängig davon, welchen Gruppen Sie sich wirklich zugehörig fühlen, können andere Menschen Sie teilweise trotzdem als Mitglied bestimmter Gruppen wahrnehmen. Bitte geben Sie alle Gruppen an, denen Sie von anderen Menschen häufiger zugeordnet werden.“

Durch die Erfassung beider Dimensionen wird der Umstand berücksichtigt, dass die wahrgenommene Fremdzuschreibung nicht zwangsläufig mit der Selbstzuschreibung einer Person übereinstimmen muss und umgekehrt.

Zum Verhältnis der unterschiedlichen Kategorisierungen

Die quantitative Rassismusforschung sieht sich grundsätzlich mit der Frage konfrontiert, welche Kategorisierungen geeignet und vorzuziehen sind, um rassistische Erfahrungen und Strukturen abzubilden. Die Diskussionen um die Kategorisierungen (vgl. Will 2022) erwecken oft den Eindruck, als gäbe es eine optimale Lösung, die es zu finden und als neuen Standard durchzusetzen gilt. Dabei besteht die Lösung unseres Erachtens darin, anzuerkennen, dass die einzelnen Möglichkeiten der Kategorisierung unterschiedliche bzw. komplementäre Vor- und Nachteile mit sich bringen und eher neben- anstatt gegeneinandergestellt werden sollten. Denn gerade ihr Verhältnis zueinander kann Aufschluss darüber geben, wie robust bestimmte Befunde sind, aber auch das Verständnis der zugrunde liegenden Prozesse und Mechanismen fördern, wenn sich grundsätzliche Divergenzen herausstellen. Neben theoretisch-konzeptionellen Überlegungen spielt bei der

²¹ Die Fokussierung auf die sechs genannten Gruppen erfolgte aufgrund dessen, dass diese in den vergangenen Jahren im Kontext spezifischer Formen von Rassismus in Deutschland relevant waren. So sind Antisemitismus, Antiziganismus, antimuslimischer Rassismus sowie anti-Schwarzer Rassismus besonders virulente Phänomene, die schließlich dank jahrelanger Arbeit der betroffenen Gruppen und ihrer Communitys in der Politik eine angemessene Anerkennung und Beachtung finden (vgl. Bundesregierung 2017). Darüber hinaus zeigte sich in Deutschland während der Corona-Pandemie ein wiederaufkeimender Rassismus gegen asiatische Menschen, welcher vor allem in den 1990er Jahren (Rostock-Lichtenhagen) bereits präsent gewesen war. Ferner lassen sich in jüngster Zeit im Zusammenhang mit dem russischen Angriffskrieg auf die Ukraine immer wieder Anfeindungen gegen russischstämmige Personen und Communitys beobachten, was eine Form des in Deutschland historisch lange verankerten antislawischen Rassismus darstellt (vgl. DeZIM 2022: 23).

Abwägung auch die technische Umsetzbarkeit in Befragungen eine wichtige Rolle. Während für die meisten das eigene Geburtsland und das der Eltern ohne weiteres abrufbar ist, kann die Frage nach der Selbst- und Fremdzuschreibung für einige eine Herausforderung darstellen, da die Konzepte nicht unbedingt Bestandteil eines öffentlichen Diskurses sind und im Alltag eher eine geringere Präsenz aufweisen. Diese Gegebenheit kann sich je nach Kategorisierung durch unterschiedliche Item-Nonresponse-Raten zeigen und zu Verzerrungen führen.

Das NaDiRa-panel wurde so angelegt, dass Differenzierungen und Kategorisierungen sowohl über die Herkunftsländer als auch über die Selbst- und wahrgenommene Fremdzuschreibung möglich sind (s. o.). Um den Bericht nicht zu überfrachten, werden die Analysen nur mit der Selbstidentifikation als Kategorisierungsgrundlage präsentiert. Die übrigen Analysen stellen wir den Interessierten als zusätzliche begleitende Materialien online zur Verfügung.

An dieser Stelle ist auf einige technische Hinweise einzugehen, die bei der Verwendung der Kategorisierung nach Selbstidentifikation berücksichtigt werden sollten. Dies betrifft unter anderem die Möglichkeit von Mehrfachnennungen. Befragte fließen, wenn sie sich mehreren Gruppen zugeordnet haben, entsprechend auch mehrfach als Untersuchungseinheit in die Berechnungen ein.²² Weiterhin werden für die Analysegruppen grundsätzlich nur Personen berücksichtigt, die insgesamt nicht mehr als drei Identitäten angegeben haben.²³ Darüber hinaus fokussieren wir uns bei den späteren Gruppenvergleichen im Wesentlichen auf die drei rassistisch markierten Gruppen: muslimische Personen, asiatische Personen und Schwarze Personen. Diese drei Gruppen sind in der Stichprobenziehung unter anderem aufgrund der onomastischen Vorklassifikation in unserer Befragung überrepräsentiert. Diese Auswahl gewährleistet außerdem auch hinsichtlich der Selbstidentifikation eine ausreichend hohe Anzahl von Befragten, die es erlaubt, differenzierte Betrachtungen nach weiteren Differenzierungsmerkmalen wie Geschlecht oder Bildung vorzunehmen. Dies ist bedauerlicherweise aufgrund der jeweils geringen Fallzahlen für die anderen vorgegebenen Selbstzuschreibungen – „jüdische Menschen“, „Sinti/Sintizze oder Roma/Romnja“ und „osteuropäische Menschen“ – nicht möglich. Sie fließen jedoch an anderer Stelle in die Analysen ein, wenn von rassistisch markierten Personen insgesamt gesprochen wird. Eine gesonderte Rolle nehmen die Kategorien „deutsch mit Migrationshintergrund“ und „deutsch ohne Migrationshintergrund“ ein. Sie sind auf jene Personen beschränkt, die diese Kategorie als einzige Identität angegeben haben. Die Spe-

²² Um diesen Umstand zu berücksichtigen und eine mögliche Verzerrung der Konfidenzintervalle zu verhindern, werden in den Analysen in der Regel „clusterrobuste Standardfehler“ (Cameron & Miller 2015) geschätzt.

²³ Nach eingehenden technischen Prüfungen, bei denen sowohl die geschlossenen und offenen Angaben zur Selbstidentifikation, die wahrgenommene Fremdzuschreibung als auch die Geburtsländer der befragten Person, ihrer Eltern und Großeltern zur Kreuzvalidierung herangezogen wurden, gibt es Hinweise darauf, dass Personen mit mehr als drei Nennungen die Frage („Menschen können sich verschiedenen Gruppen zugehörig fühlen. Wie ist das bei Ihnen? Bitte geben Sie alle Gruppen an, denen Sie sich zugehörig fühlen.“) anscheinend falsch als eine Art von emotionaler Verbundenheit mit diesen Gruppen verstanden haben. Ab diesem Schwellenwert von mehr als drei Nennungen passen die Angaben zur Selbstidentifikation auffallend seltener mit den Angaben der einzelnen Geburtsländer in der Familie oder mit der wahrgenommenen Fremdzuschreibung zusammen.

zifikation dient dazu, entsprechende Vergleichsgruppen mit Personen zu bilden, die sich zu keiner der rassistisch markierten Gruppen zuordnen. In den Analysen werden diese dann als Referenz zu den rassistisch markierten Gruppen ausgewiesen.

In [Tabelle 4](#) ist in der linken Spalte zunächst dargestellt, in welche Analysegruppen sich die Befragten gemäß ihrer Selbstidentifikation einteilen lassen und wie viele von ihnen sich den einzelnen Kategorien zuordnen können. Die mittlere Spalte gibt an, inwiefern die Selbstzuschreibung der Befragten mit ihrer wahrgenommenen Fremdzuschreibung übereinstimmt. In der rechten Spalte sind für jede Analysegruppe die jeweils drei häufigsten Herkunftsländer aufgeführt.

[Tabelle 4](#) zeigt, dass Personen, die sich als „asiatisch“ identifizieren, mit 4.039 Fällen die größte rassistisch markierte Gruppe bilden. 80,2 % dieser Befragten geben an, dass sie von anderen auch als „asiatisch“ wahrgenommen werden. Die drei häufigsten Herkunftsländer für diese Gruppe sind China (27,5 %), Vietnam (17,3 %) und Indien (10,8 %). Die zweitgrößte Gruppe stellt mit 3.981 Befragten die „muslimische“ Gruppe dar. Hier zeigt sich eine geringere Übereinstimmung mit der wahrgenommenen Fremdzuschreibung (67,9 %). Für diese Gruppe sind die drei häufigsten Herkunftsländer Türkei (32,4 %), Syrien (17,2 %) und Marokko (5,0 %). Obwohl sich Personen der Gruppe „deutsch mit Migrationshintergrund“ (n = 1.506) nach der Definition keiner rassistisch markierten Gruppe zuordnen und sich anhand äußerlicher Merkmale nicht eindeutig identifizieren lassen (52,8 %, Übereinstimmung mit wahrgenommener Fremdzuschreibung), kann mit Blick auf die Herkunftsländer ein höheres Gewicht muslimisch geprägter Herkunftsländer festgestellt werden.

Insgesamt zeigen die Zahlen, dass die Selbstidentifikation im Hinblick auf die Herkunftsländer durchaus plausibel und sich gut mit dieser „objektiven“ Kategorisierung deckt. Dieser Zusammenhang wird in [Tabelle 5](#) noch einmal genauer betrachtet.

Tabelle 4. Selbstzuschreibung, wahrgenommene Fremdzuschreibung und Herkunftsländer

Selbstzuschreibung	Übereinstimmung mit wahrgenommener Fremdzuschreibung	Herkunftsländer (Top 3)
asiatisch (n = 4.039)	80,2 %	1. China (27,5 %) 2. Vietnam (17,3 %) 3. Indien (10,8 %)
muslimisch (n = 3.891)	67,9 %	1. Türkei (32,4 %) 2. Syrien (17,2 %) 3. Marokko (5,0 %)
Schwarz (n = 1.262)	68,5 %	1. Nigeria (16,2 %) 2. Ghana (10,1 %) 3. Eritrea (10,0 %)
deutsch mit MH (n = 1.506)	52,8 %	1. Türkei (21,9 %) 2. Iran (7,6 %) 3. Syrien (6,7 %)
deutsch ohne MH (n = 5.602)	67,9 %	1. Deutschland (75,4 %) 2. Polen (7,8 %) 3. Tschechische Republik (1,6 %)

Lesebeispiel: Unter den 4.039 Befragten, die sich selbst als asiatisch identifizieren, haben 80,2% angegeben, dass sie auch von anderen als asiatisch wahrgenommen werden. **Anmerkung:** Zahlen beziehen sich auf Befragte, die nicht mehr als drei Identitäten angegeben haben. Migrationshintergrund wird hier mit „MH“ abgekürzt. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (ungewichtet), eigene Berechnungen.

Abgebildet in [Tabelle 5](#) ist jeweils das Verhältnis zwischen Selbstzuschreibung und Herkunftsländern. In der Gruppe von Personen, die sich als muslimisch identifizieren, geben 1.943 Befragte (49,9%) an, dass sie ebenfalls aus einem muslimisch geprägten Herkunftsländern kommen. Ein beträchtlicher Teil (32,4%) stammt aus der Türkei. Werden allein diese beiden Gruppen herangezogen, ergibt sich eine Übereinstimmung von über 80%. Darüber hinaus ist es durchaus plausibel, dass Personen, welche sich als muslimisch identifizieren, auch aus muslimisch geprägten Ländern in Südostasien (z. B. Indonesien, Bangladesch, Malaysia etc.) oder dem subsaharischen Raum (z. B. Senegal, Somalia, Mali etc.) stammen können, sodass die Übereinstimmung zwischen Selbstzuschreibung und Herkunftsländern in dieser Gruppe auf 90% steigen kann.

Umgekehrt wählen 64,4% der Personen aus muslimisch geprägten Herkunftsländern muslimisch als ihre Selbstzuschreibung, wobei sich hier weitere relevante Prozente auf die Gruppen „asiatisch“ (15,7%) und „deutsch mit MH“ (14,6%) verteilen. Eine ähnlich gute Kreuzvalidität zeigt sich auch für die anderen Gruppen. Eine besonders starke Übereinstimmung von Selbstzuschreibung und Herkunftsländern zeigt sich bei Personen, die „keinen Migrationshintergrund“ aufweisen. 96% dieser Gruppe geben analog zu ihrem Herkunftsländern Deutschland, als Selbstzuschreibung „deutsch ohne Migrationshintergrund“ an.

Tabelle 5. Selbstzuschreibung und Herkunftsländer (gruppiert)

Subgruppen nach Herkunftsländern							
Selbst-zu-schreibung	muslimischer Hintergrund	türkischer Hintergrund	ost- und südost-asiatischer Hintergrund	subsaharischer Hintergrund	anderer Hintergrund	kein MH	insgesamt
muslimisch	1.943 →49,9% ↓64,4%	1.259 →32,4% ↓69,1%	113 →2,9% ↓3,2%	211 →5,4% ↓16,0%	316 →8,1% ↓14,4%	49 →1,3% ↓1,1%	3.891
Schwarz	73 →5,8% ↓2,4%	13 →1,0% ↓0,7%	69 →5,5% ↓1,9%	987 →78,2% ↓74,9,7%	82 →6,5% ↓3,7%	38 →3,0% ↓0,9%	1.262
asiatisch	475 →11,8% ↓15,7%	164 →4,1% ↓9,0%	3.123 →77,3% ↓87,9%	32 →0,8% ↓2,4%	194 →4,8% ↓8,9%	51 →1,3% ↓1,2%	4.039
deutsch mit MH	440 →29,2% ↓14,6%	329 →21,9% ↓18,1%	198 →13,2% ↓5,6%	72 →4,8% ↓5,5%	430 →2,5% ↓19,7%	37 →28,6% ↓0,8%	1.506
deutsch ohne MH	87 →0,6% ↓2,9%	57 →0,1% ↓3,1%	50 →0,5% ↓1,4%	16 →0,3% ↓1,2%	1.166 →31,2% ↓53,3%	4.226 →67,4% ↓96,0%	5.602
insgesamt	3.018	1.822	3.553	1.318	2.188	4.401	16.300

Lesbeispiel: Von den 3.891 Befragten, die sich als muslimisch identifizieren, weisen 49,9% einen Migrationshintergrund aus muslimischen Herkunftsländern auf. Umgekehrt wählen 64,4% aller Befragten mit „muslimischem Hintergrund“ die Selbstzuschreibung „muslimisch“. **Anmerkung:** Zahlen beziehen sich auf Befragte, die nicht mehr als drei Identitäten angegeben haben. Migrationshintergrund wird hier mit „MH“ abgekürzt. Dargestellt ist die Anzahl der Befragten, die eine bestimmte Kombination aus Selbstzuschreibung und Herkunftsländerguppe aufweisen sowie die entsprechenden Zeilenprozentage (→) und Spaltenprozentage (↓). **Quelle:** NaDiRa-panel, Welle 0 (ungewichtet), eigene Berechnungen.

Soziodemografische Merkmale der Stichprobe und der Gruppen

Die in diesem Bericht beschriebenen rassistischen Erfahrungen und Benachteiligungen sind mit unterschiedlichen Lebenslagen verbunden, in denen sich die Befragten der einzelnen Gruppen befinden. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf Fragen zur gesundheitlichen Situation und Versorgung, die erfahrungsgemäß stark mit dem Alter und dem Geschlecht, aber auch mit dem Bildungsgrad zusammenhängen (siehe Abschnitt [Forschungsstand: Rassismus, Gesundheit und Gesundheitsversorgung](#)). Bei der Interpretation der Ergebnisse ist somit zu berücksichtigen, dass sich einzelne Gruppen in dieser Hinsicht unterschiedlich zusammensetzen. Um davon einen Eindruck zu erhalten, wird hier noch ein knapper Überblick über die Soziodemografie der Personen in der NaDiRa-Stichprobe und in den unterschiedlichen Gruppen gegeben.

Im NaDiRa.panel gibt es zusätzlich zur Möglichkeit, sich dem weiblichen oder männlichen Geschlecht zuzuordnen, die Option, die Kategorie „nicht-binär“ auszuwählen. Darüber hinaus können Befragte anhand einer separaten Kategorie die Ablehnung zu einer Geschlechterzuordnung angeben. Auch steht den Befragten frei zur Wahl, sich anhand einer offenen Angabe zu einer individuellen Kategorie außerhalb der vorher genannten („weiblich“, „männlich“ und „nicht-binär“) zuzuordnen. Insgesamt besteht die Stichprobe aus 8.090 Frauen (51,0 %) und 7.725 Männern (48,7 %). Als nicht-binär kategorisieren sich 39 Fälle (0,3 %), 99 lehnen eine geschlechtliche Zuordnung ab und 41 Personen machen eine offene Angabe. Somit sind lediglich 179 Fälle (1,1 %) außerhalb der binären Geschlechterkategorien zu finden, was eine separate Betrachtung dieser Gruppe aufgrund der niedrigen Fallzahl nicht ermöglicht.

Das Durchschnittsalter der Befragten beträgt 45,7 Jahre (Standardabweichung: 12,0). Die Altersspanne reicht von 18 bis 71 Jahren. Nach Altersgruppen differenziert, sind die beiden Altersgruppen 55 bis 64 Jahre (22,6 %) und 25 bis 34 Jahre (19,3 %) die zahlenmäßig am stärksten vertretenen Gruppen. Befragte in der jüngsten Altersgruppe (18 bis 24 Jahre, 9,5 %) sowie Befragte der ältesten Altersgruppe (65 bis 71 Jahre, 12,9 %) bilden im Vergleich die beiden kleinsten Altersgruppen.

Im NaDiRa.panel lassen sich Informationen zur Bildung anhand der Internationalen Standardklassifikation des Bildungswesens (vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung 2011) zuordnen. Wir unterteilen die Bildungskategorien in „niedrige Bildung“ (ISCED 1²⁴ bis 2²⁵), „mittlere Bildung“ (ISCED 3²⁶ bis 4²⁷) und „hohe Bildung“ (ISCED 5²⁸ bis 8²⁹). Verglichen mit der Bildungsverteilung in Deutschland (vgl. Statistisches Bundesamt 2020) kann bezüglich der Befragten im NaDiRa.panel im Mittel eine höhere Bildung festgestellt werden. Besonders häufig sind in unserer Stichprobe höhergebildete Personen mit Hochschulabschluss vertreten, wohingegen Personen mit niedriger Bildung überproportional seltener (15,2 %) repräsentiert sind. Dieser Umstand könnte unter anderem auf die Überrepräsentation (Oversampling) von Personen aus Ost- und Südostasien zurückgeführt werden (s. o.), die gegenüber der Durchschnittsbevölkerung in Deutschland eine eindeutig höhere Bildungsqualifizierung aufweisen (vgl. Baas 2021; Kreienbrink 2014).

²⁴ Primarbereich: z. B. Grundschule, Gesamtschule (1. bis 4. Klasse)

²⁵ Sekundarbereich I: z. B. Hauptschule, Realschule

²⁶ Sekundarbereich II: z. B. Gymnasien (Oberstufe), Fachoberschulen – zweijährig (ohne vorherige Berufsausbildung), Berufliches, auch Wirtschafts- oder Technisches Gymnasium, Berufsschulen (Duales System) – Erstausbildung

²⁷ Postsekundärer nichttertiärer Bereich: z. B. Abendgymnasien, Kollegs

²⁸ Kurzes tertiäres Bildungsprogramm: z. B. Meisterausbildung (nur sehr kurze Vorbereitungskurse, bis unter 880 Std.)

²⁹ Promotion

Tabelle 6. Soziodemografie der NaDiRa.panel-Stichprobe und der einzelnen Analysegruppen

	gesamt	musli- misch	Schwarz	asiatisch	deutsch mit MH	deutsch ohne MH	rassistisch markiert insgesamt
<i>Geschlecht</i> <i>n</i>	15.863	3.824	1.232	3.957	1.471	5.552	8.840
Männer	48,7%	52,7%	55,8%	48,8%	49,6%	48,4%	49,8%
Frauen	51,0%	47,0%	43,7%	50,9%	50,2%	51,5%	49,6%
nicht-binär	0,3%	0,3%	0,5%	1,3%	0,2%	0,2%	0,6%
<i>Alters- gruppe n</i>	15.858	3.814	1.238	3.964	1.473	5.539	8.846
18–24 Jahre	9,5%	16,5%	14,8%	12,3%	11,1%	8,6%	12,4%
25–34 Jahre	19,3%	28,9%	29,4%	29,6%	19,4%	17,6%	25,3%
35–44 Jahre	18,6%	23,5%	20,5%	21,5%	21,9%	17,2%	22,5%
45–54 Jahre	17,2%	18,5%	14,7%	14,2%	19,7%	16,7%	17,8%
55–64 Jahre	22,6%	9,1%	11,3%	12,5%	16,7%	25,6%	13,7%
65–71 Jahre	12,9%	3,6%	9,3%	9,9%	11,2%	14,3%	8,4%
<i>Bildung n</i>	15.848	3.762	1.225	3.966	1.477	5.581	8.790
niedrige Bildung	15,0%	29,4%	21,9%	17,9%	12,1%	5,1%	19,0%
mittlere Bildung	42,6%	43,9%	47,8%	36,2%	49,3%	53,0%	44,5%
hohe Bildung	42,4%	26,7%	30,3%	45,9%	38,6%	41,9%	36,5%

Lesebeispiel: In der Gesamtstichprobe weisen 22,6% ein Alter zwischen 55 und 64 Jahren auf. **Anmerkung:** Zahlen beziehen sich auf Befragte, die nicht mehr als drei Identitäten angegeben haben. Migrationshintergrund wird hier mit „MH“ abgekürzt. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (Anteile in Prozent, gewichtet), eigene Berechnungen.

In [Tabelle 6](#) sind die eben beschriebenen Merkmale ebenfalls für die verschiedenen Gruppen (Selbstzuschreibung) aufgeführt. Beim Vergleich der einzelnen rassistisch markierten Gruppen mit der Gruppe „deutsch ohne Migrationshintergrund“ fällt zunächst auf, dass sich die Geschlechterverhältnisse unterscheiden. Während bei der Gruppe „deutsch ohne Migrationshintergrund“ ähnlich wie bei der asiatischen Gruppe der Anteil von Frauen höher ist, stellen Männer bei der muslimischen Gruppe sowie bei der Gruppe der Schwarzen Personen die Mehrheit dar. Bezüglich der Altersverteilung lässt sich feststellen, dass die Gruppe „deutsch ohne Migrationshintergrund“ gegenüber den anderen

Gruppen einen deutlich höheren Anteil der älteren Altersgruppen (55 bis 64 Jahre und 65 bis 71 Jahre) umfasst, zugleich ist die jüngste Altersgruppe (18 bis 25 Jahre) hier vergleichsweise gering vertreten. Bei der Betrachtung der Bildung zeigt sich in der Gruppe „deutsch ohne Migrationshintergrund“ ein sehr geringer Anteil „Niedriggebildeter“. Dies wirkt sich auf den deutlich höheren Anteil von Personen mit mittlerer Bildung aus. Der Anteil von Personen mit hoher Bildung ist mit 45,9% in der asiatischen Gruppe am signifikant höchsten.

Diese Unterschiede in den soziodemografischen Merkmalen können, wie oben bereits genannt, bei den Zusammenhängen, die in dem Bericht untersucht werden, eine Rolle spielen. An vielen Stellen kommen deshalb auch komplexere multivariate Analyseverfahren zum Einsatz: Damit gelingt es, Differenzen zwischen den Gruppen in den Analysen unabhängig von den Unterschieden in den soziodemografischen Merkmalen zu betrachten.

Der zivilgesellschaftliche Begleitprozess zum NaDiRa

Der zivilgesellschaftliche Begleitprozess gehört zu den methodologischen Ansätzen des NaDiRa, um zivilgesellschaftliche Organisationen und Communities, die von Rassismus betroffen sind, einzubinden. Das Ziel ist es, ihre Perspektiven und ihr Wissen bei der Planung und Umsetzung von Forschungsvorhaben zu berücksichtigen und eine kritische Begleitung sicherzustellen. Der NaDiRa unterstützt somit die Entwicklung hin zu einer partizipativen Forschung. Die Beteiligung von zivilgesellschaftlichen Akteuren im NaDiRa beruht auf vier Prämissen:

Erstens kommt zivilgesellschaftlichen Organisationen und Bewegungen in der Politikgestaltung eine besondere Bedeutung zu. Sie sind wichtige Akteure im demokratischen Prozess und tragen dazu bei, dass die Anliegen von verschiedenen Bevölkerungsgruppen in politischen Entscheidungen berücksichtigt werden. Vor dem Hintergrund der zentralen Rolle der Zivilgesellschaft in der Demokratie ist ihre Beteiligung eine wichtige Voraussetzung, um Entscheidungsprozesse und Maßnahmen zu gestalten, die unter Einbeziehung unterschiedlicher Perspektiven und Bedarfen geschehen. Für die Wissenschaft ist die Beteiligung von zivilgesellschaftlichen Akteuren im Kontext von Rassismus und Diskriminierung zudem ein relevanter forschungsethischer Grundsatz. Zum einen geht es darum, anzuerkennen, dass es schon immer Wissensproduktionen außerhalb von etablierten Forschungseinrichtungen gab und nach wie vor gibt. Zum anderen gilt es, die Wahrnehmung der Wissenschaft als objektive und neutrale Einheit kritisch zu hinterfragen. Insbesondere die Rolle der Wissenschaft für die Schaffung und den Erhalt von Rassenideologien und rassistischen Strukturen muss dabei immer wieder reflektiert werden. Dies gilt auch für die Tatsache, dass die Wissenschaft während des Kolonialismus und der NS-Zeit Gewalt gegen rassistisch markierte Gruppen erzeugt und legitimiert hat. Die Forschung trägt deshalb eine Verantwortung für die Communities, über die und mit denen geforscht wird (vgl. Aikins, M. A. et al. 2021: 33–34).

Zweitens besteht ein Konsens darüber, dass zivilgesellschaftliche Organisationen wichtige Akteure für die Bekämpfung von Rassismus und Diskriminierung sind (vgl. European Commission 2020: 19). Die Bedeutung für ihre Beteiligung an der Entwicklung, der Organisation, der Umsetzung, der Evaluation und dem Monitoring von Maßnahmen, die die Bekämpfung von Rassismus und Diskriminierung zum Ziel haben, wurde in verschiedenen internationalen, regionalen und nationalen Erklärungen und Plänen anerkannt. Zu nennen sind die „Erklärung“ und das „Aktionsprogramm“ der Weltkonferenz gegen Rassismus in Durban (vgl. Vereinte Nationen 2001), der „Nationale Aktionsplan gegen Rassismus“ der Bundesregierung (vgl. Bundesregierung 2017), der „EU-Aktionsplan gegen Rassismus“ (vgl. European Commission 2020) sowie der „Maßnahmenkatalog des Kabinettausschusses der Bundesregierung zur Bekämpfung von Rechtsextremismus und Rassismus“ (vgl. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung 2020). Auf der Weltkonferenz hat die internationale Staatengemeinschaft im Jahr 2001 anerkannt, dass die Hauptverantwortung für die Bekämpfung von Rassismus und Diskriminierung bei den Staaten liegt, und beschlossen, dass Staaten nationale Aktionspläne gegen Rassismus entwickeln und Nichtregierungsorganisationen bei der Konzeption, Umsetzung und Evaluation von Politiken und Programmen beteiligen sollen (vgl. Vereinte Nationen 2001: Ziffer 99). Darüber hinaus garantiert das internationale Recht ein Recht auf Mitwirkung in öffentlichen Angelegenheiten (vgl. Art. 21 AEMR, Art. 25 IPbPR und Art. 5 ICERD). Die „Erklärung über die Rechte von Personen, die nationalen oder ethnischen, religiösen und sprachlichen Minderheiten angehören“ (1992) erkennt in Artikel 2 an, dass Personen, die zu Minderheiten gehören, ein Recht auf volle Teilhabe am kulturellen, religiösen, sozialen, wirtschaftlichen und öffentlichen Leben haben. Sie haben zudem das Recht auf wirksame Beteiligung an den auf nationaler und gegebenenfalls regionaler Ebene getroffenen Entscheidungen, welche die Minderheit betreffen, der sie angehören, oder die Regionen, in denen sie leben. Das „Internationale Übereinkommen für die Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung“ enthält ebenfalls Beteiligungsrechte (vgl. Art. 5 ICERD). Für die menschenrechtlichen Fachausschüsse, die Arbeitsgruppen und Sonderberichterstatter*innen des UN-Menschenrechtsrats gehört die Anhörung von Vertreter*innen der Zivilgesellschaft zur gängigen Praxis.³⁰

Drittens fordern zivilgesellschaftliche Organisationen und Communitys selbst eine Beteiligung bei der Umsetzung von Maßnahmen für die Rassismusbekämpfung. Obwohl die „Erklärung“ und das „Aktionsprogramm“ von Durban im Jahr 2001 beschlossen wurden, hat Deutschland den ersten „Nationalen Aktionsplan gegen Rassismus“, der darauf zurückgeht, erst im Jahr 2008 verabschiedet. Seitens der Zivilgesellschaft wurde bemängelt, dass es keinen partizipativen Prozess gab. Es wurde außerdem kritisiert, dass der Plan

³⁰ 2017 führte die UN-Arbeitsgruppe zu den Anliegen von Menschen afrikanischer Abstammung während ihres Besuchs in Deutschland eine bundesweite Konsultation mit Schwarzen, afrikanischen und afrodiasporischen Menschen durch. Die Konsultationstreffen, die in Form von Town Halls und Besprechungen umgesetzt wurden, wurden von den Communitys organisiert. Die Arbeitsgruppe trug die Beiträge in ihrem Länderbericht zusammen (vgl. Human Rights Council 2017).

nicht handlungsorientiert war und versäumt wurde, Maßnahmen zu formulieren, die die Situation von betroffenen Gruppen berücksichtigen (vgl. Follmar-Otto & Cremer 2009). Im Jahr 2017 fand die Erarbeitung einer Neuauflage des „Nationalen Aktionsplans gegen Rassismus“ statt. Dem ging eine Konsultation von zivilgesellschaftlichen Organisationen und Vertreter*innen von verschiedenen Communitys voraus. Die Bundeskonferenz der Migrant*innenorganisationen hat in ihrer „Anti-Rassismus Agenda 2025“ die Partizipation von zivilgesellschaftlichen Organisationen bei der Planung und Umsetzung von Maßnahmen für die Rassismusbekämpfung gefordert (vgl. Bundeskonferenz der Migrant*innenorganisationen 2020).³¹

Viertens nehmen wissenschaftliche Einrichtungen in der Sichtbarmachung und Bekämpfung von Rassismus eine entscheidende Rolle ein und müssen für die Erfüllung dieser Rolle mit Communitys und zivilgesellschaftlichen Organisationen zusammenarbeiten. Das Aktionsprogramm von Durban macht für wissenschaftliche Einrichtungen explizite Vorgaben. Sie sollen dafür sorgen, die Konzepte und Methoden der Datensammlung und Analyse zu verbessern, Forschungsarbeiten zu fördern, Erfahrungen und erfolgreiche Vorgehensweisen auszutauschen und auf diesen Gebieten Fördermaßnahmen zu erarbeiten. Zudem sollen sie dabei helfen, Indikatoren für Fortschritte und für die Partizipation von Einzelpersonen und Gruppen von Einzelpersonen, die von Rassismus und Diskriminierung betroffen sind, zu entwickeln (vgl. Vereinte Nationen 2001: Ziffer 93). Des Weiteren sollen Politiken und Programme „die Prioritäten berücksichtigen, welche die Einzelpersonen oder Gruppen von Einzelpersonen benannt haben, die Opfer von Rassismus, Rassendiskriminierung, Fremdenfeindlichkeit und damit zusammenhängender Intoleranz sind bzw. diesen Phänomenen ausgesetzt sind“ (Vereinte Nationen 2001: Ziffer 94). Diese Vorgaben machen deutlich, dass die Partizipation von Communitys bereits in der Planungsphase von Forschungsvorhaben eine wichtige Voraussetzung ist.

Gestaltung des zivilgesellschaftlichen Begleitprozesses zum NaDiRa

Ausgehend von diesen vier Prämissen besteht aus der Sicht des NaDiRa im Kontext von Rassismus und Diskriminierung die Notwendigkeit, dass Entscheidungen, die eine Auswirkung auf rassistisch markierte Personengruppen haben, sowohl unmittelbar als auch mittelbar, einerseits transparent für die betroffenen Gruppen sind. Andererseits muss die Möglichkeit einer Mitwirkung an diesen Entscheidungen geschaffen werden. Um eine Betroffenenperspektive einnehmen zu können, ist es deshalb wichtig, dass Forschungsprojekte zivilgesellschaftlich begleitet werden. Neben der Einbindung des Wissens aus den Communitys ermöglicht die zivilgesellschaftliche Begleitung eine kritische Reflexion in Bezug auf die Forschungsfragen und Ergebnisse. Nicht zuletzt ist der

³¹ Zu den Ergebnissen dieser Konsultationsprozesse zählen beispielsweise der *Afrozensus* oder der durch das Team Diversifying Matters der Generation ADEFRA e. V. umgesetzte Forderungskatalog für die Gleichstellung von Menschen afrikanischer Herkunft in Berlin (vgl. Auma, Kinder & Piesche 2019).

Austausch mit zivilgesellschaftlichen Akteur*innen maßgeblich für die Entscheidung darüber, welche Forschungsschwerpunkte festgelegt werden.

Die Beteiligung von zivilgesellschaftlichen Organisationen dient außerdem der Qualitätssicherung, da es sich bei der Erhebung von Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen um sensible Daten handelt. Aufgrund des Missbrauchs von gruppenbezogenen Daten in der NS-Zeit sind die Interessen von Communitys besonders zu berücksichtigen. Des Weiteren sind ihre Perspektiven für die Erstellung von Fragebögen und für die Interpretation von Forschungsergebnissen wichtig. Vor diesem Hintergrund gibt es ethische Anforderungen für die Beteiligung von Betroffenen von Rassismus und Diskriminierung, die für die Gestaltung des NaDiRa berücksichtigt werden. Wenn die Beteiligung von Communitys nicht sichergestellt wird, besteht die Gefahr, dass eine Forschung betrieben wird, die die Perspektiven der Betroffenen ausklammert und im schlimmsten Fall Schaden anrichtet.

Zivilgesellschaftliche Akteur*innen, die von Rassismus betroffen sind und sich der Bekämpfung von Rassismus widmen, prägten den Slogan „Nothing about us without us“ – gemäß dieser Forderung wird sichergestellt, dass der NaDiRa mit der Partizipation von betroffenen Gruppen umgesetzt wird. Dabei genügt es nicht, Annahmen über die Interessen und Bedarfe der Gruppen zu treffen. Es müssen Rahmenbedingungen und Formate geschaffen werden, die eine effektive Mitwirkung garantieren, sodass die betroffenen Gruppen die Gelegenheit haben, ihre Meinungen selbstbestimmt zu äußern und die Forschung mitzugestalten.

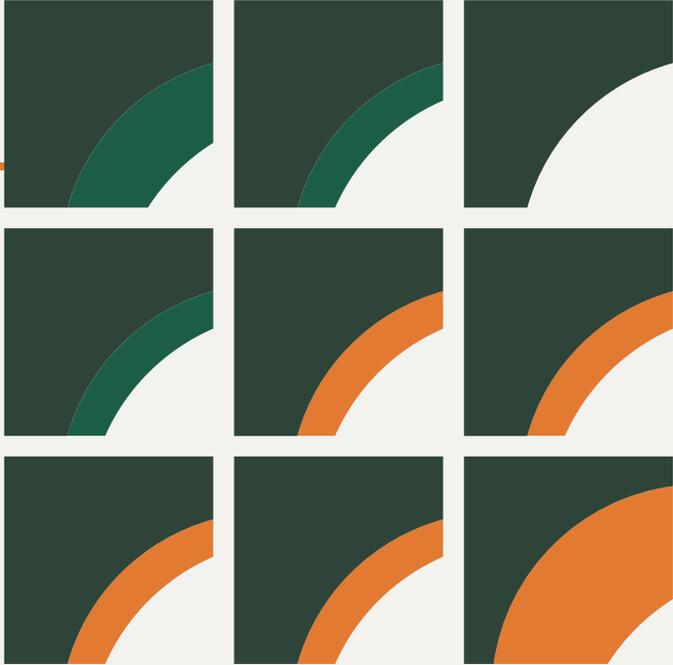
Beteiligungsformate

Der NaDiRa hat verschiedene Beteiligungsformate geschaffen, die die Umsetzung der genannten Anforderungen verfolgen. Der zivilgesellschaftliche Begleitprozess gewährleistet, dass ein aus Vertreter*innen der Zivilgesellschaft besetzter Fachkreis kontinuierlich mit den Forschenden in Dialog tritt. In den Fachkreis aufgenommen wurden in einer ersten Phase migrantische Organisationen, diasporische Organisationen, neue deutsche Organisationen sowie Organisationen/Institutionen, die schwerpunktmäßig zum Thema (Anti-)Rassismus arbeiten. So soll einerseits eine kritische Begleitung von Akteur*innen, die zu verschiedenen Rassismusphänomenen arbeiten, gewährleistet und andererseits ein Anschluss an communitybasiertes Wissen hergestellt werden. Eine Mitwirkung steht interessierten Organisationen, Initiativen und Personen offen. Die Anmeldung erfolgt über die Internetseite des DeZIM. Perspektivisch soll der Fachkreis um weitere Organisationen, wie zum Beispiel Gewerkschaften und Wohlfahrtsverbände, erweitert werden, deren Auswahl mit den Mitgliedern des Fachkreises abgestimmt wird. Ziel des Dialogs zwischen Fachkreis und NaDiRa ist es, die im NaDiRa behandelten Themen und Fragen in die verschiedenen Communitys zurückzuspielen und somit Diskussionsräume zu ermöglichen. Darüber hinaus prüft der Fachkreis, ob die Forschungsfragen für Betroffene relevant sind, die Forschungsergebnisse die praktische Arbeit unterstützen können und ob es weitere Themen gibt, die auf die Forschungsagenda gesetzt werden sollten. Die

unterschiedlichen Formate der Beteiligung und themenbezogenen Austauschrunden mit Forschenden verstehen sich als Angebote an interessierte Organisationen, die sich mit ihrer Expertise am NaDiRa beteiligen möchten. Fachkreissitzungen finden intern mit dem Fachkreis und dem NaDiRa-Team statt. Ziel ist hier die Einbeziehung der Communitys durch Arbeitstreffen, in denen konkret unter anderem an Fragebögen, der Entwicklung von Forschungsfragen, methodologischen und forschungsethischen Fragen gearbeitet wird. Vor diesem Hintergrund stand der Fachkreis dem NaDiRa-Team bei der Erstellung dieses Berichts beratend zur Seite und hat vor allem bei den quantitativen Erhebungen und der Interpretation der Ergebnisse eine wichtige Rolle gespielt. Es finden jährlich zwei Fachkreissitzungen statt.

Neben der Einsetzung des zivilgesellschaftlichen Fachkreises realisiert der NaDiRa Formate, um vor, während und nach Entscheidungsphasen die Expertise einzubinden, die von zivilgesellschaftlichen Organisationen kommt. Zu diesem Zweck finden Konsultationsworkshops statt. Sie dienen dem punktuellen, thematisch fokussierten Austausch mit zivilgesellschaftlichen Organisationen und konzentrieren sich auf spezifische Fragestellungen des NaDiRa wie auch auf Beratungsbedarfe der Organisationen.

!



Allgemeine Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen in Deutschland

Dieser Teil des Monitoringberichts bildet die subjektiven Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen ab, die Menschen in ihrem alltäglichen Leben machen. Konkret wird untersucht, in welchem Ausmaß Befragte des NaDiRa.panels von diesen Erfahrungen berichten und in welchen Kontexten sie diese erleben. Ein besonderer Fokus richtet sich auf den Zusammenhang zwischen den subjektiv erlebten Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen und dem Vertrauen, das Institutionen in Deutschland geschenkt wird.

Menschen erleben Diskriminierung beispielsweise wegen ihres Geschlechts, ihrer ethnischen Herkunft, ihres Migrations- oder Fluchtstatus, ihrer Sexualität, ihrer Behinderung, ihres Alters oder rassifizierender Merkmale (vgl. Collins & Bilge 2020). Sie werden also auf Basis dieser (zugeschriebenen) sozialen Kategorien ungleich bzw. benachteiligt behandelt. Die verschiedenen Diskriminierungsformen werden durch historisch bedingte Verhältnisse von Machtstrukturen in der Gesellschaft erzeugt und aufrechterhalten. Sie spiegeln sich in struktureller, institutioneller und individueller Diskriminierung wider und können sich so auf die Lebensrealität von Personengruppen auswirken. Rassismus in Form rassistischer Diskriminierung wird dabei als eine spezielle Variante von Diskriminierung betrachtet. Der hier genutzte Diskriminierungsbegriff ist explizit kein formalrechtlicher, auch wenn manche Erfahrungen durchaus strafrechtlich oder im Sinne des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) von Relevanz sein können. Stattdessen nutzen wir einen breiteren, sozialwissenschaftlichen Diskriminierungsbegriff (siehe Info-box [Rassismus, Diskriminierung, rassistische Diskriminierung – eine kurze Begriffsklärung](#)).

Im vorliegenden Bericht steht die Betroffenenperspektive im Vordergrund. Hierbei gilt es zu beachten, dass im NaDiRa.panel subjektive Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen erhoben wurden. Diese beschreiben Wahrnehmungen. Aus der Forschung ist bekannt, dass die Wahrnehmung und das Berichten von Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen verzerrt sein können. Diese Verzerrung kann in zwei Richtungen verlaufen (vgl. Kaiser & Major 2006). Einerseits können Personen Erlebnisse als diskriminierend empfinden, bei denen es sich nicht zwangsläufig um Diskriminierung handelt. In diesem Fall würde das Ausmaß der Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen überschätzt (Wachsamkeitsverzerrung oder *vigilance bias*, vgl. Williams 2016). Menschen, die entweder selbst eindeutige Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen in ihrem Leben gemacht haben oder einer Gruppe angehören, die, historisch betrachtet, systematisch von diesen negativen Erfahrungen betroffen war, geraten in eine Art Wachsamkeits- oder Alarmzustand. Durch eine erhöhte Aufmerksamkeit möchten sie sich vor drohenden weiteren Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen schützen. Folglich kann es zu einer Überinterpretation von Situationen kommen, wenn der Schutzmechanismus bei kleinsten Hinweisen auf Ungleichbehandlungen greift. Andererseits gibt es Personen, die dazu neigen, Erlebnisse seltener als Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen wahrzunehmen, obwohl es sich tatsächlich darum handelt (Minimierungsverzerrung oder *minimization bias*, vgl. Kaiser & Major 2006). Dies beschreibt eine Strategie im Umgang mit belastenden Situationen. Durch die Leugnung, von Diskriminierungs- und Rassismuserfahrung betroffen zu sein, werden die damit verbundenen negativen Konsequenzen vermieden. So wird beispielsweise eine Auseinandersetzung mit der erlebten Situation

umgangen, um psychischen Stress zu verhindern. Aber auch durch die Umdeutung der Erlebnisse von anderen Personen kann es zu einer verzerrten Wahrnehmung von Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen kommen. Wenn also andere Personen meinen, dass die betroffene Person keine Ungleichbehandlung erfahren hat, dann könnte die betroffene Person dieser Einschätzung mehr Glauben schenken als ihrer eigenen Wahrnehmung. Der Forschungsstand liefert bislang keine eindeutigen Erkenntnisse dazu, unter welchen Umständen Personen dazu neigen, Erfahrungen vermehrt als Diskriminierung oder Rassismus zu beschreiben oder diese dahingegen nicht zu benennen. Diesbezüglich besteht weiterhin ein enormer Forschungsbedarf in Deutschland sowie im internationalen Kontext. Daher ist es wichtig, diese möglichen Verzerrungen in beide Richtungen im Folgenden im Hinterkopf zu behalten.

Trotz dieser Grenzen einer Erhebung, die auf den subjektiven Einschätzungen der Befragten beruht, sind die im NaDiRa-panel erhobenen repräsentativen Daten für die Erforschung des Ausmaßes von Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen in Deutschland höchst relevant. So erlaubt die hohe Fallzahl von mehr als 20.000 im Rahmen der Rekrutierungswelle befragten Personen zum Beispiel Gruppenvergleiche, über die gezeigt werden kann, dass bestimmte Erfahrungen in bestimmten Gruppen in besonderem Maße gemacht werden und sich somit eben nicht auf Einzelfälle reduzieren lassen (vgl. Aikins, M. A. et al. 2021). Wie unterschiedliche Studien bereits gezeigt haben, können Rassismuserfahrungen für die Betroffenen mit weitreichenden Folgen einhergehen. In diesem Bericht stehen dabei insbesondere die gesundheitlichen Folgen von Rassismuserfahrungen im Fokus (siehe Kapitel II. Schwerpunkt: Gesundheit und Rassismus; vgl. auch Braveman et al. 2022; Lazaridou et al. 2022). Wie M. A. Aikins et al. (2021) in ihrer Studie zu den Lebensrealitäten Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland zeigen, führen die Verbreitung von Rassismus in der Gesellschaft und damit verbundene antizipierte Erfahrungen zudem dazu, dass Betroffene bestimmte Situationen aktiv meiden (wie z. B. den Kontakt zur Polizei und zu Sicherheitspersonal, zu Ämtern und Behörden, sie umgehen aber auch den Wohnungsmarkt sowie den Lebensbereich Öffentlichkeit und Freizeit). Die subjektive Interpretation von Situationen als diskriminierend oder rassistisch ist also mit tatsächlichen, teils einschränkenden Konsequenzen verbunden.

Manche Benachteiligungen aufgrund von Diskriminierung und Rassismus sind nur dann erkennbar, wenn analytisch betrachtet wird, welche sozialen Kategorien auch im Zusammenspiel bedeutend sind. Der Intersektionalitätsansatz (vgl. Crenshaw 1989) erkennt an, dass sich Menschen nicht nur durch einzelne Merkmale oder Identitäten definieren, sondern dass diese unterschiedlichen Dimensionen miteinander verflochten sind. Im vorliegenden Bericht wird vor allem das Zusammenspiel von rassifizierenden Merkmalen und dem Geschlecht in den Vordergrund gestellt. Die bisherige Forschung zeigt, dass rassistische Stereotype und Vorurteile häufig geschlechtsspezifisch sind. Schwarze Menschen werden zum Beispiel stärker mit Eigenschaften stereotypisiert, die in der Gesellschaft als typisch maskulin gelten, während asiatisch gelesene Menschen mit Eigenschaften stereotypisiert werden, die als typisch feminin gelten (vgl. Schug, Alt & Klauer 2015; Schug

et al. 2017). Im amerikanischen Kontext werden Schwarze Frauen häufig sexualisiert dargestellt (vgl. Collins 1990), während Schwarze Männer kriminalisiert werden (vgl. Essed 1992; Krieger 2000). Ähnlich werden muslimische Männer in Deutschland regelmäßig als aggressiv und als „Unterdrücker von Frauen“ beschrieben; muslimische Frauen hingegen gelten als unterdrückt (vgl. Attia 2009).

Für dieses Kapitel wurden die im Rahmen der Rekrutierungswelle des NaDiRa.panels (W0) erhobenen Daten herangezogen. Die Befragung fand zwischen Juni und November 2022 statt. Auf Basis einer Zufallsziehung bei den Einwohnermelderegistern deutscher Gemeinden wurden 75.375 Personen zu der Befragung eingeladen. Von diesen nahmen 21.418 daran teil (Rücklaufquote = 28,4%). Die Stichprobe zeichnet sich dabei dadurch aus, dass rassistisch markierte Personen auf Basis einer onomastischen (namensbasierten) Vorqualifizierung verstärkt zur Befragung eingeladen wurden (vertiefend siehe Kapitel [Die Daten des NaDiRa.panels](#)). Zunächst gibt das Kapitel einen Überblick zu den Diskriminierungserfahrungen, die rassistisch markierte Menschen im Verhältnis zu Menschen, die nicht rassistisch markiert sind, im alltäglichen Leben in Deutschland machen (Kapitel [I.1](#)). Im nächsten Schritt werden die spezifischen Diskriminierungsmerkmale betrachtet, die die Betroffenen als mögliche Auslöser für ihre Erlebnisse angegeben haben (Kapitel [I.1.1](#)). Daran schließt sich ein Kapitel zu den sozialen Räumen an, in denen Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen gemacht werden (Kapitel [I.1.2](#)). In Kapitel [I.1.3](#) geht es um die Frage, welche Zusammenhänge zwischen Diskriminierungserfahrungen in institutionellen Kontexten und dem Vertrauen in diese Institutionen bestehen, worauf abschließend das Fazit folgt (Kapitel [I.1.4](#)).

In der folgenden Darstellung der Ergebnisse wird vorrangig der Vergleich zweier soziodemografischer Kategorien in den Blick genommen: Erstens werden Differenzen anhand der Selbstidentifikation diskutiert, die als Grundlage zur Kategorisierung in rassistisch markierte und nicht rassistisch markierte Gruppen dienen. Dabei wurden die Befragten darum gebeten, sich den Gruppen zuzuordnen, denen sie sich zugehörig fühlen (z. B. zur Gruppe der asiatischen Menschen, muslimischen Menschen, Schwarzen Menschen, deutschen Menschen mit bzw. ohne Migrationshintergrund). Zweitens werden zusätzlich Unterschiede entlang des Geschlechts nachgezeichnet. Für die dahinterliegenden Analysen wurden auch weitere soziodemografische Kategorien wie zum Beispiel der Bildungsabschluss der Befragten berücksichtigt, die im Folgenden jedoch nicht diskutiert werden.

1.



**Das Ausmaß von
Diskriminierungserfahrungen
im Alltag**



Rassismus zieht sich durch unterschiedliche gesellschaftliche Ebenen. Neben strukturellem und institutionellem Rassismus, der rassistisch markierten Menschen zum Beispiel in Form von Gesetzen und Grenzregimen begegnet, sind diese auch im zwischenmenschlichen Bereich mit den rassistischen Einstellungen und Handlungen ihrer Mitmenschen konfrontiert (siehe Infobox [Analyseebenen des Rassismus](#)). Auf dieser individuellen Ebene begegnen rassistisch markierten Menschen dabei heutzutage zunehmend subtilere Formen von Rassismus. Dies führen Hamidou-Schmidt und Elis (2023) auf eine insgesamt abnehmende gesellschaftliche Akzeptanz gegenüber offen geäußerten rassistischen Einstellungen zurück. Dennoch besteht zwischen subtilen und offenkundigen Diskriminierungserfahrungen ein fließender Übergang. Als ein Teil von Diskriminierungserfahrungen werden in der Literatur Mikroaggressionen konzeptualisiert (vgl. Zhang, Gereke & Baldassarri 2022). Auch wenn sich bislang keine einheitliche Definition von Mikroaggressionen etabliert hat (vgl. Lilienfeld 2017), lassen sich verschiedene Merkmale identifizieren: Sie können sowohl verbal als auch nonverbal (z. B. durch Körpersprache) oder paraverbal (z. B. durch eine erhöhte Stimme) erfolgen. Sie können zudem sowohl absichtliche als auch unbewusste Verhaltensweisen bezeichnen, die gesellschaftlich weitestgehend normalisiert sind und folglich als akzeptabel erachtet werden (vgl. Jones, K. P. et al. 2016). Eben weil Diskriminierung und Rassismus häufig über die Intention der Verursacher*innen begriffen werden, wird den Betroffenen zum Teil abgesprochen, diese subtilen Erfahrungen zu machen. In subtilen Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen ist demnach eine potenzielle Uneindeutigkeit eingeschrieben, die auf Konflikte um die Deutungshoheit zurückzuführen ist. Offenkundige Diskriminierungserfahrungen bezeichnen hingegen häufig aggressive Verhaltensweisen gegenüber Menschen, die zumeist unter explizitem Bezug auf Diskriminierungsmerkmale offensichtlich und absichtlich beleidigt, beschimpft, bedroht oder körperlich angegriffen werden (vgl. ebd.).

Für die Erfassung von subtilen und offenkundigen Diskriminierungserfahrungen, die gesellschaftlich bis heute weitverbreitet sind, wurde in den USA die sogenannte Everyday Discrimination Scale entwickelt (vgl. Williams et al. 1997). Hierbei handelt es sich um eine Skala, die häufig bei medizinischen und sozialpsychologischen Untersuchungen zum Einsatz kommt (vgl. etwa Bastos et al. 2010; Lawrence et al. 2022). In der Rekrutierungswelle des NaDiRa-Panels wurde die Everyday Discrimination Scale herangezogen, um subtile und offenkundige Diskriminierungserfahrungen zu messen. Zu diesem Zweck wurden die Befragten darum gebeten, anzugeben, wie häufig ihnen in ihrem Alltag bestimmte Dinge passieren. Zur Beantwortung erhielten sie eine Liste mit sieben Situationsbeschreibungen, für die sie jeweils die Häufigkeit ihres Erlebens angeben konnten. Ein Teil der Situationen (1. bis 4. Aussage) lässt sich dabei als subtile, ein weiterer (5. bis 7. Aussage) als offenkundige Diskriminierungserfahrung kategorisieren. Die konkreten Situationsbeschreibungen lauteten:

- **Subtile Diskriminierungserfahrungen**
 - „Sie erhalten schlechteren Service als andere“
 - „Sie werden mit weniger Respekt behandelt als andere“
 - „Jemand verhält sich so, als würde sie/er Sie nicht ernst nehmen“
 - „Jemand verhält sich so, als habe sie/er Angst vor Ihnen“

- **Offenkundige Diskriminierungserfahrungen**
 - „Sie werden bedroht/belästigt“
 - „Sie werden beschimpft/beleidigt“
 - „Sie werden körperlich angegriffen“



Die Diskriminierungserfahrungen wurden unter Rückgriff auf eine 6er-Skala erfasst, die von „täglich“ über „mindestens einmal wöchentlich“, „mindestens einmal im Monat“, „mehrmals im Jahr“, „seltener“ bis „nie“ reichte. Aus den Antworten wurden zwei Indizes gebildet, die jeweils alle subtilen bzw. offenkundigen Diskriminierungserfahrungen umfassen. Die Skala des Indexes für subtile Erfahrungen reicht dabei von 0 bis 20 Punkten, die für offenkundige Erfahrungen von 0 bis 15 Punkten. Die Werte bilden die Häufigkeit der Erfahrungen ab: Je höher der Wert, desto häufiger wurden die entsprechenden Situationen erlebt.

Diskriminierungserfahrungen sind für viele Menschen Alltag

Obwohl das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) Diskriminierung aufgrund des Alters, des Geschlechts, der sexuellen Identität, aufgrund von Behinderungen und chronischen Krankheiten sowie aus rassistischen Gründen oder wegen der Religion oder Weltanschauung beim Zugang zur Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen sowie auf dem Arbeitsmarkt verbietet, sind Diskriminierungserfahrungen in Deutschland für viele Menschen Alltag (vgl. Wieland & Kober 2023). Wieland und Kober zeigen, dass die subjektive Betroffenheit von Diskriminierung, unter anderem aus rassistischen Gründen, seit dem Jahr 2008 sogar deutlich zugenommen hat.³² Im Folgenden wird anhand der Daten des NaDiRa.panels zunächst allgemeiner auf die Diskriminierungserfahrungen aller in Deutschland lebenden Personen im Alter von 18 bis 70 Jahren eingegangen, wobei zwischen offenkundigen und subtilen Diskriminierungserfahrungen unterschieden wird. Im nächsten Schritt erfolgt eine differenziertere Betrachtung der Diskriminierungserfahrungen, die zwischen nicht rassistisch markierten und (verschiedenen) rassistisch markierten Gruppen sowie nach dem Geschlecht der Befragten unterscheidet.

Betrachtet man alle im Rahmen der Everyday Discrimination Scale erfassten Erfahrungen der Ungleichbehandlung zusammengefasst, dann geben lediglich 12,4 % der Befragten an, keine der sieben geschilderten Situationen jemals erlebt zu haben. Im Umkehrschluss bedeutet dieses Ergebnis also, dass die restlichen 87,6 % mindestens eine der von der Skala erfassten Diskriminierungserfahrungen in ihrem Alltag gemacht haben. Betrachtet man lediglich die rassistisch markierten Gruppen, fällt diese Zahl mit ca. 90 % sogar noch größer aus.

³² Während 2008 6 % der Befragten angaben, Diskriminierungserfahrungen aus rassistischen Gründen gemacht zu haben, liegt der Anteil im Jahr 2022 bei 13 % (Wieland & Kober 2023).

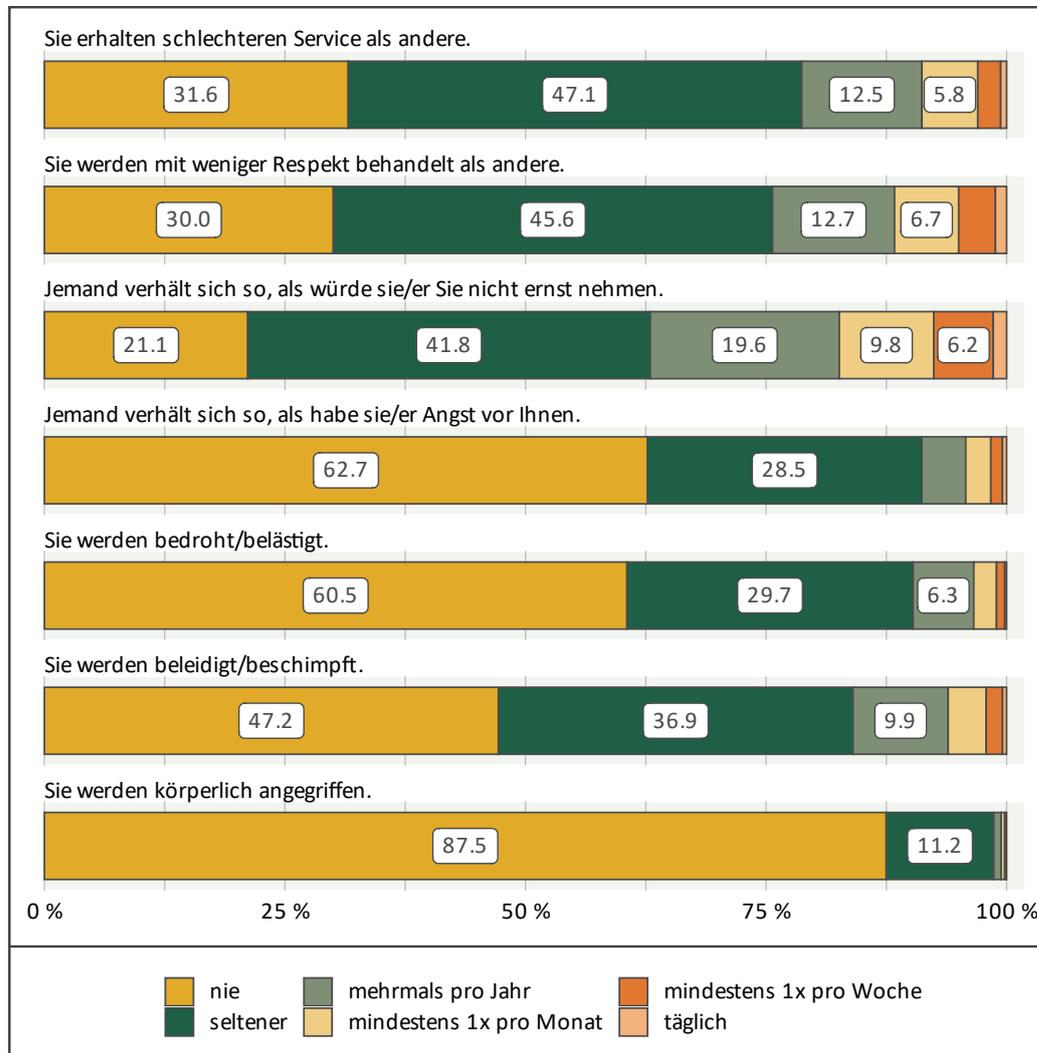
Wie später gezeigt wird, gehen die Werte rassistisch markierter und nicht rassistisch markierter Gruppen sichtbar auseinander, wenn die Häufigkeit dieser Erfahrungen berücksichtigt wird. Es fällt auf, dass dieser Wert sogar noch deutlich über dem von Wieland und Kober (2023) für einen Zeitraum von zwölf Monaten gemessenen Wert (52 %) liegt. Dies lässt sich dadurch erklären, dass in der Rekrutierungswelle des NaDiRa.panels keine zeitliche Eingrenzung bei der Abfrage der Diskriminierungserfahrungen vorgenommen wurde,³³ wodurch die von Wieland und Kober erhobene Dimension um eine weitere ergänzt wird: um die Dimension aller bis zum Befragungszeitraum gemachten Diskriminierungserfahrungen. Das Ergebnis verdeutlicht einmal mehr das Ausmaß diskriminierender Erfahrungen in Deutschland.

In [Abbildung 3](#) sind die subtilen und offenkundigen Diskriminierungserfahrungen einzeln dargestellt. Hier zeigt sich, dass Diskriminierungserfahrungen unter allen Befragten weitverbreitet sind. Schlechteren Service zu erhalten, mit weniger Respekt behandelt sowie nicht ernst genommen zu werden, sind subtile Erfahrungen der Ungleichbehandlung, die die große Mehrheit der Befragten bereits gemacht hat. Mehr als zwei Drittel der Befragten (ca. 68 %) geben beispielsweise an, schon einmal schlechteren Service erhalten zu haben als andere. Nicht ernst genommen zu werden, ist die Diskriminierungsform, die vergleichsweise am häufigsten erlebt wird. Nur 21,1 % der Befragten haben sich noch nie in einer solchen Situation befunden, wohingegen knapp 8 % täglich oder wöchentlich damit konfrontiert sind.

Über offenkundige Diskriminierungserfahrungen hingegen berichten die Befragten tendenziell seltener. Wie die Daten belegen, handelt es sich dabei dennoch keinesfalls um eine Randerscheinung. Ein substantieller Anteil der Bevölkerung ist offenkundigen Diskriminierungen wie etwa aggressivem Verhalten regelmäßig ausgesetzt: Knapp die Hälfte der Befragten wurde schon einmal beschimpft oder beleidigt. Von diesen berichten 6 %, dass sie diese Erfahrung sogar täglich oder wöchentlich machen. Etwas mehr als ein Drittel (39,5 %) gibt an, bedroht oder belästigt worden zu sein, während 12,5 % der Befragten sogar schon körperliche Angriffe erlebt haben.

³³ Die hier zugrunde gelegte Welle 0 stellt die Rekrutierungswelle des NaDiRa.panels dar. In dieser Welle ging die Abfrage von Diskriminierungserfahrungen nicht mit einer zeitlichen Eingrenzung einher. Die Befragten sollten also angeben, ob sie jemals diese Erfahrungen gemacht haben. Die Erhebungen des NaDiRa.panels finden regelmäßig statt und inkludieren immer die in diesem Kapitel dargestellten Fragen bzgl. der Diskriminierungserfahrungen. Ab Welle 1 findet dabei folglich jeweils eine zeitliche Einschränkung auf Erfahrungen seit der vorherigen Erhebung statt. In der Auswertung der Folgebefragungen können dementsprechend präzisere Aussagen über Zeitpunkte und Entwicklungen von Diskriminierungserfahrungen gemacht werden.

Abbildung 3. Diskriminierungserfahrungen im Alltag (Anteile in Prozent)



© DeZIM

Lesebeispiel: 6,3% der Befragten geben an, dass sie mehrmals im Jahr bedroht/belästigt werden. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. N = 20.613, 20.619, 20.547, 20.545, 20.587, 20.593, 20.564. Anteile unter 5% sind nicht ausgewiesen.

Befragte berichten häufiger von subtilen als von offenkundigen Diskriminierungserfahrungen.

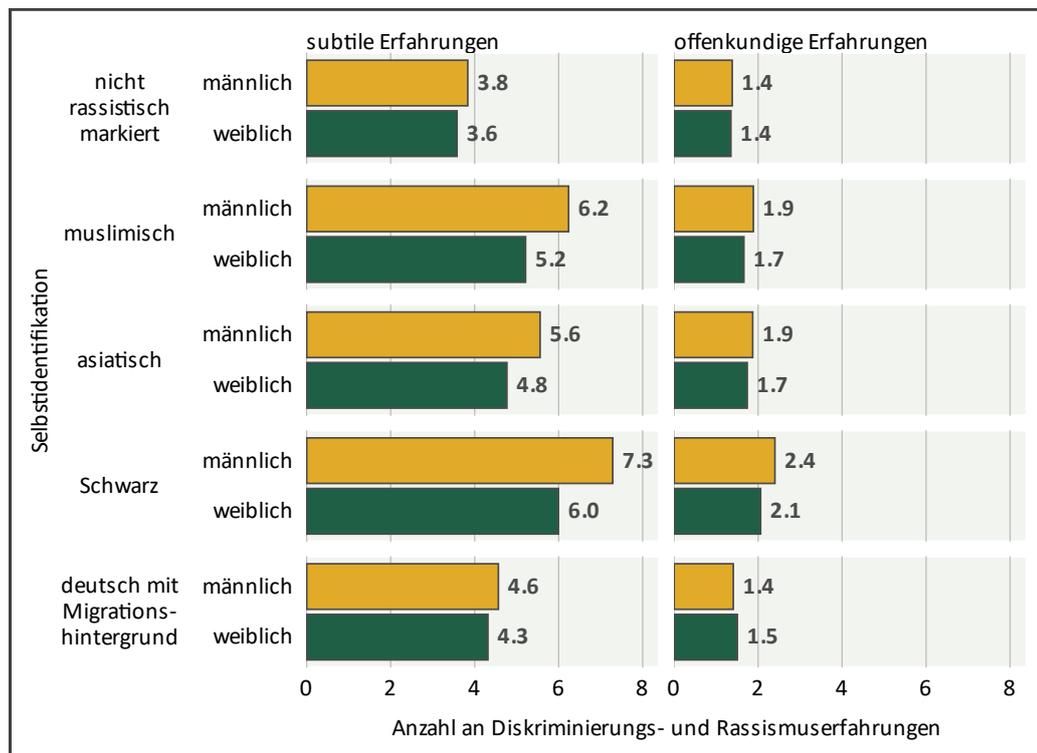
1.1 Rassistisch markierte Menschen sind von Diskriminierungserfahrungen häufiger betroffen

In [Abbildung 4](#) sind die gruppenspezifischen Mittelwerte der beiden Summenindizes dargestellt. Die Mittelwerte werden getrennt nach Männern und Frauen und für alle

rassistisch markierten Gruppen, die im NaDiRa-panel berücksichtigt sind, dargestellt. *Abbildung 4* kann daher aus zwei Perspektiven interpretiert werden: zum einen aus der Perspektive der Rassifizierung, in dem die verschiedenen Gruppen miteinander verglichen werden. Zum anderen aus einer Geschlechterperspektive, in dem die Ergebnisse für Frauen und Männer miteinander verglichen werden.

Alle rassistisch markierten Gruppen machen im Durchschnitt deutlich mehr subtile und offenkundige Erfahrungen der Ungleichbehandlung als die Gruppe, die sich als deutsch ohne Migrationshintergrund identifiziert. Die Unterschiede sind immer statistisch signifikant. Für die subtilen Erfahrungen lässt sich zeigen, dass für beide dargestellten Geschlechter Schwarze Menschen den höchsten Durchschnittswert aufweisen und somit am stärksten subtilen Diskriminierungserfahrungen ausgesetzt sind. Auch für die offenkundigen Erfahrungen beobachten wir wieder den höchsten Mittelwert für die Gruppe der Schwarzen Personen. Die Werte der asiatischen und muslimischen Gruppe sind nahezu identisch.

Abbildung 4. Subtile und offenkundige Diskriminierungserfahrungen nach Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht (Mittelwerte)



Lesbeispiel: Männliche Befragte, die sich als Schwarz identifizieren, haben im Durchschnitt den Wert 7,3 auf der Skala subtiler Diskriminierungserfahrungen. Damit erfahren sie vergleichsweise häufig subtile Diskriminierung. **Quelle:** NaDiRa-panel, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. N = 15.740, 15.716

Betrachtet man die Geschlechterunterschiede innerhalb der einzelnen Gruppen, so fällt auf, dass Frauen im Durchschnitt seltener sowohl von subtilen als auch von offenkundigen Diskriminierungserfahrungen berichten als Männer. Diese Geschlechterunterschiede

sind für die subtilen Erfahrungen immer statistisch signifikant. Bei den offenkundigen Erfahrungen dagegen liegen signifikante Unterschiede lediglich zwischen muslimischen Männern und Frauen vor. Im Folgenden wird auf jeweils eine subtile und eine offenkundige Diskriminierungssituation detaillierter eingegangen.



Frauen berichten über alle Gruppen hinweg seltener von Diskriminierungserfahrungen als Männer.

Männern wird häufiger mit Angst begegnet

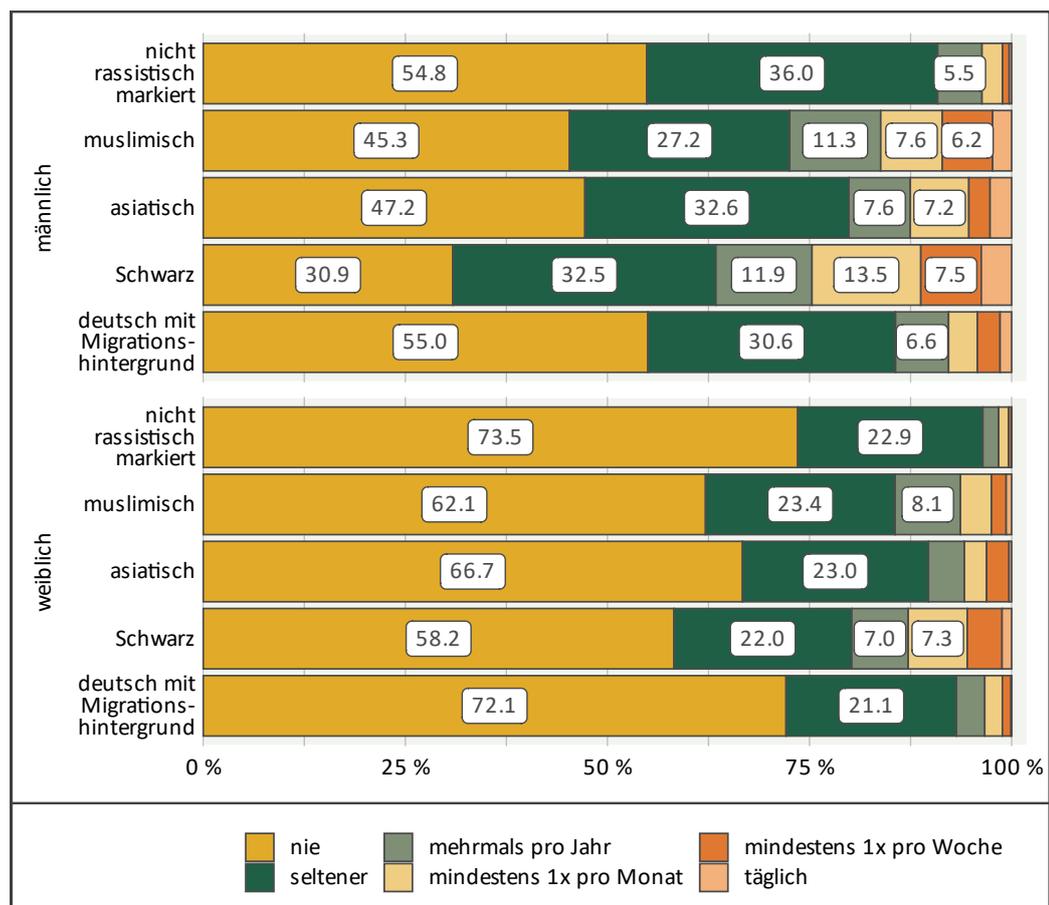
In [Abbildung 5](#) ist die Häufigkeit abgebildet, mit der Männer und Frauen berichten, dass ihnen im Alltag mit Angst begegnet wird. Unabhängig von ihrer Selbstidentifikation sind Männer von dieser Erfahrung deutlich häufiger betroffen als Frauen. Betrachtet man die Gruppenunterschiede differenziert, so zeigt sich, dass 36,6% der Schwarzen Männer mehrmals im Jahr dieser Situation ausgesetzt sind. Dieser Anteil fällt bei muslimischen (27,5%) und asiatischen (20,2%) Männern zwar niedriger aus, ist aber dennoch deutlich höher als bei der nicht rassistisch markierten Gruppe (9,2%). Während bei allen anderen Gruppen grob gerechnet mindestens die Hälfte der Männer nie von dieser Diskriminierungserfahrung betroffen ist, trifft dies auf weniger als ein Drittel der Schwarzen Männer zu, die im Rahmen des NaDiRa.panels befragt wurden. Verglichen mit nicht rassistisch markierten Männern, handelt es sich bei allen Unterschieden um statistisch signifikante Ergebnisse (mit Ausnahme von Deutschen mit Migrationshintergrund).

Wenngleich sich die Anteile bei Frauen auf einem im Vergleich zur Gruppe der Männer niedrigeren Niveau bewegen, sind es auch hier insbesondere Schwarze Frauen, denen wiederholt mit Angst begegnet wird (19,8%). Für muslimische und asiatische Frauen lässt sich mit 14,5% bzw. 10,3% ein vergleichbarer Wert beobachten, der zwar unter dem Schwarzer Frauen, aber dennoch deutlich über dem nicht rassistisch markierter Frauen liegt (3,6%). Der Anteil derjenigen, denen nie mit Angst begegnet wird, ist bei nicht rassistisch markierten Frauen mit 73,5% am höchsten. Bei rassistisch markierten Frauen trifft dies nur auf einen kleineren Teil zu (58,2% bei Schwarzen, 62,1% bei muslimischen, 66,7% bei asiatischen Frauen).

Diese Ergebnisse lassen sich unter Rückbezug auf die jeweiligen Besonderheiten von anti-Schwarzem, antimuslimischem und antiasiatischem Rassismus einordnen, die hier nur sehr grob skizziert werden können: Alle drei Rassismen teilen eine Projektion von potenzieller „Gefahr“. Geprägt durch kolonialrassistische Bilder, werden Schwarze Menschen häufig kriminalisiert und als aggressiv dargestellt (vgl. Hamann 2015; Kilomba 2021; Steyerl & Gutiérrez Rodríguez 2012). Wie vor allem Forschung aus dem US-Kontext aufzeigen konnte, sind insbesondere Schwarze Frauen in diesem Sinne vielfältigen Stereotypisierungen ausgesetzt, die sie unter anderem als besonders aggressiv darstellen (vgl. Ashley

2014; Collins 1986; Griffin 2012). Muslimische Männer hingegen werden in öffentlichen Räumen als Sicherheitsrisiko diskutiert, insbesondere wenn es um die Einwanderung von muslimisch gelesenen Personen geht (vgl. Amir-Moazami 2018; Bigo 2013; Meyer, K. 2020; Yilmaz-Günay & Klinger 2014). Die Projektionen im antiasiatischen Rassismus differieren insofern, als asiatisch gelesene Menschen auch in Deutschland öffentlich zum Teil als „Vorzeigemigrant*innen“ (Model Minority) verhandelt werden (vgl. Hartlep & Bui 2020; Li & Nicholson 2021). Vor allem im Zuge der Corona-Pandemie rückten (ost-)asiatisch gelesene Personen in den Mittelpunkt rassistischer Hygienennarrative. Auch wenn antiasiatischer Rassismus nicht erst seit Ausbruch von Covid-19 existiert (vgl. Leutner 2022), wurden asiatisch gelesene Menschen gerade in dieser Zeit als Gesundheitsrisiko betrachtet (vgl. He et al. 2020; Köhler & Suda 2023; Zhou 2022).

Abbildung 5. „Jemand verhält sich so, als habe sie/er Angst vor Ihnen“ nach Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht (Anteile in Prozent)



Lesebeispiel: 7,3% der befragten Frauen, die sich als Schwarz identifizieren, geben an, dass ihnen mindestens einmal pro Monat mit Angst begegnet wird. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. N = 7.583, 8.034. Anteile unter 5% sind nicht ausgewiesen.

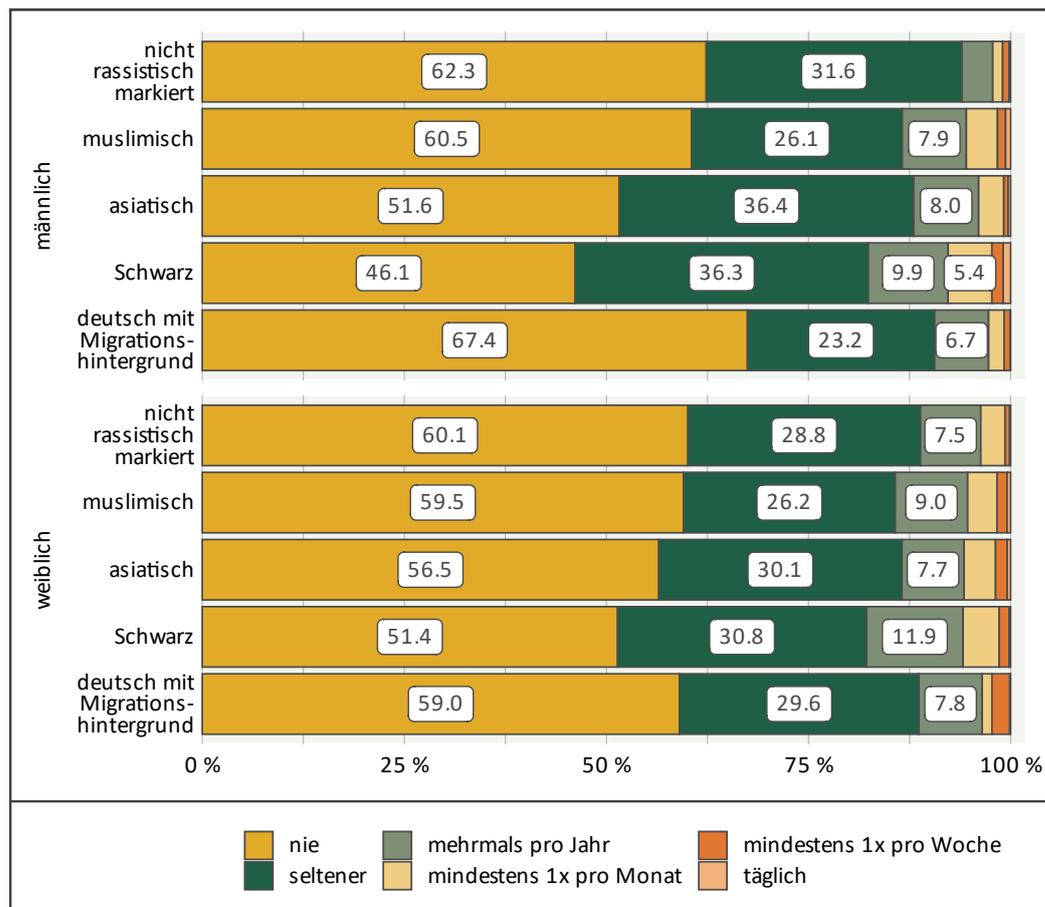
Die Art und Weise, wie die Angst artikuliert und mobilisiert wird, basiert dabei auf historischen Kontinuitäten und Entwicklungen. Auch wenn diese Ängste gruppenspezifisch

artikuliert werden, sind sie für die Betroffenen mit ähnlichen Konsequenzen verbunden: Misstrauen und die Begegnung mit Angst sind Ausdruck und Bestandteil der in Deutschland verbreiteten Rassismen.



Auch subtile Diskriminierung wird am stärksten von Schwarzen Menschen erfahren: 36,6% aller Schwarzen Männer geben an, dass ihnen mehrmals im Jahr mit Angst begegnet wird. Das ist viermal so häufig wie bei den nicht rassistisch markierten Männern (9,2%). Jede fünfte Schwarze Frau (19,8%) berichtet, dass ihr immer wieder mit Angst begegnet wird. Bei den nicht rassistisch markierten Frauen trifft dies nur auf jede 30. zu (3,6%).

Abbildung 6. „Sie werden bedroht/belästigt“ nach Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht (Anteile in Prozent)



Lesebeispiel: 9,9% der befragten Männer, die sich als Schwarz identifizieren, geben an, dass sie mehrmals pro Jahr bedroht oder belästigt werden. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. N = 7.602, 8.066. Anteile unter 5% sind nicht ausgewiesen.

In [Abbildung 6](#) ist die Häufigkeit abgebildet, mit der Männer und Frauen in den verschiedenen, nach Selbstidentifikation unterschiedenen Gruppen angegeben haben, dass sie bedroht oder belästigt worden sind. Im Unterschied zum vorherigen, in [Abbildung 5](#) dargestellten Beispiel handelt es sich hierbei um eine offenkundige Form der Diskriminierung. Auch hier fällt auf, dass Schwarze Menschen in besonderem Maße von dieser Erfahrung betroffen sind. 48,6% der Schwarzen Frauen und 53,9% der Schwarzen Männer, die in der Rekrutierungswelle des NaDiRa.panels befragt wurden, sind in ihrem Alltag bereits bedroht oder belästigt worden. Auch asiatische Männer (48,4%) und Frauen (43,5%) berichten im Gruppenvergleich besonders häufig, dass sie in ihrem Alltag bereits Bedrohung oder Belästigung erfahren haben. Bei muslimischen Männern und Frauen liegt der entsprechende Wert bei um die 40%.

Am seltensten berichten Männer, die sich selbst als deutsch mit Migrationshintergrund identifizieren, von Bedrohungs- und Belästigungserfahrungen in ihrem Alltag (32,6%). Auch nicht rassistisch markierte Männer (37,7%) und Frauen (39,9%) erleben diese offenkundige Form der Diskriminierung seltener als Schwarze, muslimische und asiatische Menschen.

Rassistisch markierte Frauen und Männer werden häufiger als nicht rassistisch markierte Frauen und Männer bedroht oder belästigt.

Rassifizierende Merkmale werden häufig als Diskriminierungsgrund genannt

Diejenigen Befragten, die mindestens eine Diskriminierungserfahrung angegeben haben, wurden im Anschluss danach gefragt, welche (zugeschriebenen) Merkmale aus ihrer Sicht dafür ausschlaggebend waren. Es geht also auch hierbei wieder um eine subjektive Interpretation von Erlebnissen.

Um verschiedene Ebenen rassistischer Diskriminierung fassen zu können, wurden fünf Merkmale ausgewählt, die biologistische, kulturelle und religiöse Dimensionen abdecken. Bei sieben weiteren Diskriminierungsmerkmalen, die erhoben wurden, dienten die im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) genannten Merkmale als Orientierung. Darüber hinaus sind zusätzliche Merkmale wie Einkommen oder Arbeitslosigkeit enthalten. Insgesamt konnten die Befragten alles auf sie Zutreffende aus der folgenden Liste ankreuzen:

- „Aufgrund dessen, dass andere mich nicht als deutsch wahrnehmen“
- „Aufgrund meiner Deutschkenntnisse“
- „Aufgrund meiner Hautfarbe“
- „Aufgrund meiner Religion“



- „Aufgrund meines Namens“
- „Aufgrund meiner sexuellen Orientierung“
- „Aufgrund meines Geschlechts“
- „Aufgrund einer Behinderung oder chronischen Krankheit“
- „Aufgrund meines Körpergewichts“
- „Aufgrund meines Alters“
- „Aufgrund meines geringen Einkommens“
- „Aufgrund von Arbeitslosigkeit“

In den [Tabellen 7](#) und [8](#) ist zusammengefasst, welche Diskriminierungsmerkmale Menschen als Grund für ihre Alltagserfahrungen wahrnehmen. Für die Interpretation der Tabellen muss berücksichtigt werden, dass lediglich die Durchschnittswerte der dargestellten Gruppen aufgeführt werden. Dies ist zum Beispiel ein Grund dafür, dass insgesamt geringe Durchschnittswerte für die sexuelle Orientierung als Diskriminierungsmerkmal genannt werden. Schaut man sich diesen Wert für nicht heterosexuelle Personen an, dann liegen deutlich höhere Werte vor (ca. 41 % für Männer und 26 % für Frauen). Ähnlich zeigen weitere Analysen zum Alter, dass vor allem junge Menschen (im Alter zwischen 18 und 24 Jahren) und Menschen im höheren Lebensalter (55 Jahre und älter) das Alter als relevantes Diskriminierungsmerkmal angeben.

Bei der Betrachtung der Diskriminierungsmerkmale fallen deutliche Unterschiede zwischen rassistisch markierten und nicht rassistisch markierten Gruppen sowie innerhalb der rassistisch markierten Gruppen und zwischen Männern und Frauen auf.

Bei nicht rassistisch markierten Männern wird das Alter mit rund 42 % am häufigsten als relevant für ihre Diskriminierungserfahrungen beschrieben. An zweiter und dritter Stelle werden Gewicht (19 %) und Einkommen (17 %) genannt. Interessanterweise ist in dieser Gruppe der Anteil derjenigen, die nicht wissen, entlang welcher Merkmale sie benachteiligt wurden, am stärksten ausgeprägt (14 %). Unter den rassistisch markierten Gruppen werden hingegen vor allem jene Diskriminierungsmerkmale angegeben, die rassistische Diskriminierung indizieren. Muslimische und asiatische Männer geben beispielsweise zu fast zwei Dritteln (respektive rund 63 % und 58 %) an, bereits Diskriminierung erlebt zu haben, weil sie nicht als deutsch wahrgenommen werden. In der Gruppe der Schwarzen Männer liegt dieser Anteil bei 53 %, wird aber von Diskriminierungserfahrungen entlang von Hautfarbe übertroffen (rund 68 %). Bei den rassistisch markierten Männern werden auch an zweiter und dritter Stelle – neben der Hautfarbe und nicht als deutsch wahrgenommen zu werden – rassifizierende Merkmale wie Sprache, Name oder Religion genannt.

Männer geben über alle Gruppen hinweg nur in einem geringen Maße (jeweils unter 7 %) an, aufgrund ihres Geschlechts diskriminiert worden zu sein ([Tabelle 7](#)). Frauen geben hingegen in 21 % bis 58 % der Fälle an, aufgrund ihres Geschlechts Diskriminierung erfahren zu haben ([Tabelle 8](#)). Unter den Frauen zeigen sich je nach Selbstidentifikation deutliche Unterschiede. Nicht rassistisch markierte Frauen geben mit 58 % am häufigsten das Geschlecht als Diskriminierungsmerkmal an. Mit 38 % folgt bei ihnen das Alter an zweiter

Stelle. Wie bei den Männern weisen die sehr jungen und älteren Frauen hier die höchsten Werte auf. Auf Platz drei und vier folgen Gewicht (19%) und Einkommen (10%). Bei rassistisch markierten Frauen sind viele Ähnlichkeiten zu rassistisch markierten Männern zu beobachten. So nennen Schwarze Frauen am häufigsten ihre Hautfarbe (61%) als Grund für ihre Diskriminierungserfahrungen, gefolgt vom Grund, nicht als deutsch wahrgenommen zu werden (47%). Muslimische Frauen schreiben ihre Diskriminierungserfahrungen am häufigsten ihrer Religion zu (61%), gefolgt vom Grund, nicht als deutsch wahrgenommen zu werden (56%). Letzteren Grund nennen asiatische Frauen an erster Stelle (60%), gefolgt von ihren Deutschkenntnissen (45%).

Insgesamt lässt sich also festhalten, dass rassistisch markierte Frauen und Männer den Grund für ihre Benachteiligung im Alltag vor allem in jenen Merkmalen sehen, die auf eine rassistische Diskriminierung hindeuten.

Tabelle 7. Verteilung der Diskriminierungsmerkmale für Männer

	nicht rassistisch markiert	muslimisch	asiatisch	Schwarz	deutsch mit MH
nicht als deutsch wahrgenommen	3,5%	63,2%	57,7%	53,0%	43,5%
Deutschkenntnisse	1,8%	32,6%	38,1%	34,0%	17,8%
Name	5,7%	44,3%	27,6%	27,1%	28,2%
Religion	3,7%	53,8%	21,0%	12,9%	11,5%
Hautfarbe	2,6%	24,3%	31,8%	68,2%	10,5%
Alter	42,3%	5,9%	15,2%	17,2%	17,5%
Geschlecht	6,6%	4,2%	3,6%	5,8%	5,6%
sexuelle Orientierung	4,4%	1,4%	1,6%	2,2%	2,7%
Gewicht	18,8%	5,0%	10,1%	5,0%	8,9%
chronische Krankheit	10,3%	3,9%	4,6%	8,2%	6,0%
Einkommen	16,7%	13,5%	10,5%	20,3%	14,1%
Arbeitslosigkeit	4,4%	7,0%	6,7%	7,0%	2,6%
weiß nicht	13,8%	0,9%	3,6%	5,4%	5,5%

Lesebeispiel: Von den Männern, die sich als asiatisch identifizieren, geben 57,7% an, dass sie diskriminiert wurden, weil sie als nicht deutsch wahrgenommen wurden. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet/ungewichtet), eigene Berechnungen. N = 5.885

**Tabelle 8.** Verteilung der Diskriminierungsmerkmale für Frauen

	nicht rassis- tisch markiert	muslimisch	asiatisch	Schwarz	deutsch mit MH
nicht als deutsch wahr- genommen	1,2 %	56,3 %	59,7 %	47,0 %	38,3 %
Deutschkennt- nisse	1,0 %	31,8 %	44,5 %	23,6 %	20,3 %
Name	2,3 %	36,7 %	26,5 %	17,4 %	24,1 %
Religion	1,7 %	61,4 %	22,2 %	10,8 %	6,8 %
Hautfarbe	0,7 %	13,4 %	28,8 %	61,1 %	6,0 %
Alter	37,8 %	12,5 %	17,9 %	18,7 %	20,9 %
Geschlecht	58,3 %	21,1 %	29,9 %	24,8 %	43,4 %
sexuelle Orien- tierung	2,5 %	1,5 %	2,9 %	3,4 %	3,4 %
Gewicht	19,2 %	9,9 %	10,8 %	21,7 %	10,1 %
chronische Krankheit	8,4 %	4,0 %	4,5 %	9,0 %	7,5 %
Einkommen	10,1 %	10,0 %	12,7 %	14,5 %	7,8 %
Arbeitslosigkeit	2,1 %	5,6 %	8,0 %	14,6 %	1,5 %
weiß nicht	3,6 %	0,6 %	0,4 %	0,2 %	3,0 %

Lesbeispiel: 61,1% der Frauen, die sich als Schwarz identifizieren, geben an, dass sie aufgrund ihrer Hautfarbe diskriminiert wurden. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet/ungewichtet), eigene Berechnungen. N = 6.433

1.2 Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen in unterschiedlichen Kontexten

Als Nächstes lenken wir den Fokus auf die Kontexte, in denen die im NaDiRa.panel Befragten die Erfahrungen gemacht haben, die sich als (rassistische) Diskriminierung analysieren lassen. Im NaDiRa.panel wurde dazu erhoben, wie oft die Befragten in verschiedenen Situationen aus ihrer Sicht ungerechter oder schlechter behandelt wurden als andere Menschen. Insgesamt wurden sechs verschiedene Bereiche³⁴ adressiert:

- „bei Kontakt mit der Polizei“
- „bei Kontakt mit Ämtern oder Behörden“ (z. B. Einwohnermeldeamt, Ausländerbehörde, Jobcenter)

³⁴ Die erhobenen Bereiche variieren dabei im NaDiRa.panel von Erhebungswelle zu Erhebungswelle leicht. Während in der Rekrutierungswelle (Welle 0), die die Datengrundlage für den vorliegenden Bericht bildet, der Bereich Gesundheit abgefragt wurde, wurde in Welle 1 der Kontext Medien aufgenommen. In weiteren Folgebefragungen soll darüber hinaus expliziter nach den Kontexten Arbeit, Wohnen und Bildung gefragt werden.

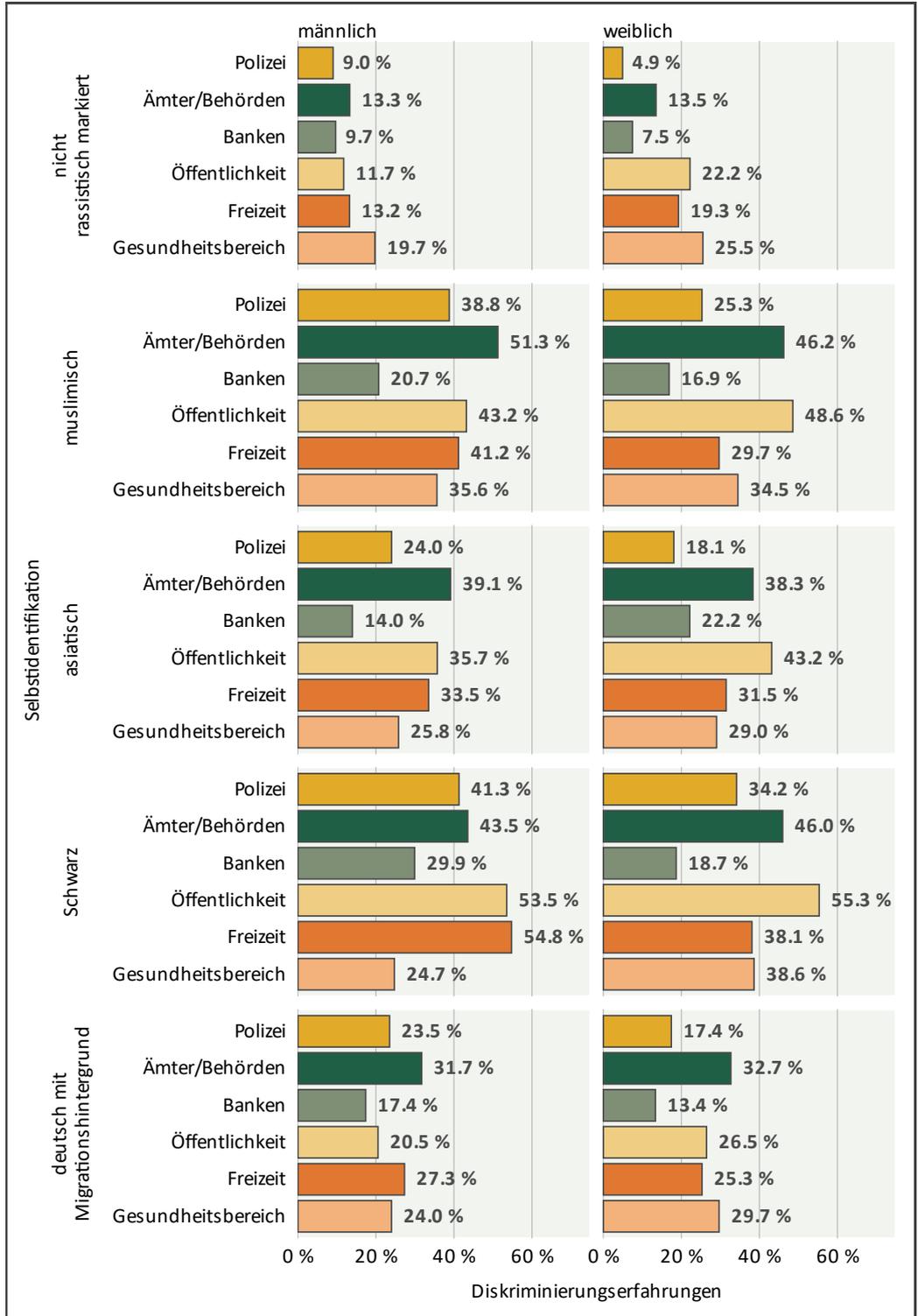
- „in der Öffentlichkeit“ (z. B. auf der Straße, in öffentlichen Verkehrsmitteln, beim Einkaufen)
- „bei Kontakt mit Banken“ (z. B. Kontoeröffnung, Kreditaufnahme)
- „in Ihrer Freizeit“ (z. B. in Vereinen, in Restaurants, in Diskotheken/Nachtclubs)
- „im Gesundheitsbereich“ (z. B. bei Kontakt mit einem Arzt/einer Ärztin, nicht ärztlichem Personal wie der Sprechstundenhilfe oder im Krankenhaus)

Die Befragten konnten dabei mit „sehr oft“, „oft“, „manchmal“, „selten“ und „nie“ antworten oder angeben, dass sie „noch nie in dieser Situation“ waren. In [Abbildung 7](#) wurden die Antwortkategorien „sehr oft“, „oft“ und „manchmal“ zusammengefasst, um abzubilden, wie viel Prozent der Befragten relativ regelmäßig Diskriminierung in einem der oben aufgeführten Kontexte erfahren. Es wurden also nur die Fälle berücksichtigt, in denen die Befragten auch tatsächlich Berührungspunkte mit den jeweiligen Kontexten angegeben haben. Personen, die beispielsweise mitgeteilt haben, dass sie noch nie in der Situation „Kontakt mit der Polizei“ waren, wurden hier also nicht mitberücksichtigt. Die Abbildung erlaubt daher (gruppenspezifische) Aussagen darüber, wie viele derjenigen, die auch tatsächlich in einer solchen Situation waren, in diesen Kontexten auch Diskriminierung erfahren haben. Durch den Aufbau der Erhebung lassen sich allerdings keine Aussagen darüber treffen, ob die angegebenen Situationen der ungerechteren oder schlechteren Behandlung in der direkten persönlichen Interaktion oder etwa im Schriftverkehr erlebt wurden. In [Abbildung 7](#) sind die entsprechenden Antworten getrennt nach diesen Bereichen, nach Geschlecht sowie für die fünf unterschiedenen rassistisch markierten und nicht markierten Gruppen zusammengefasst dargestellt.

Die Analyse zeigt, dass die Frage, welche rassistisch markierte Gruppe und welches Geschlecht mehr oder weniger Benachteiligung erfährt, in der Tat auch von den kontextuellen Bedingungen abhängt. Da Personen die jeweiligen Bereiche im täglichen Leben unterschiedlich stark frequentieren, hat der direkte Vergleich von Zahlen zwischen diesen Bereichen allerdings Grenzen. Dennoch gibt es Hinweise darauf, an welchen Orten und durch welche Institutionen (rassistische) Diskriminierung von den Befragten erlebt wird. Interessant ist darüber hinaus vor allem aber auch, ob und wie stark sich die Muster im Hinblick auf die Geschlechter und Gruppen zwischen den einzelnen Bereichen verschieben. Es wird deutlich, wie in bestimmten Bereichen diskriminierend empfundene Erfahrungen für bestimmte Personengruppen als tendenziell mehr oder weniger virulent empfunden werden.

Beim Kontakt mit der Polizei zeigen sich zum Beispiel erhebliche Unterschiede zwischen rassistisch markierten und nicht rassistisch markierten Befragten sowie zwischen den Geschlechtern. Zunächst lässt sich festhalten, dass rassistisch markierte Gruppen sehr viel mehr Diskriminierung im Kontakt mit der Polizei erfahren als nicht rassistisch markierte Gruppen. Dabei sind Männer im Kontakt mit der Polizei über alle Gruppen hinweg stärker betroffen als Frauen. Jedoch berichten Frauen aus allen rassistisch markierten Gruppen von mehr Diskriminierungserfahrungen (mindestens 17%) als nicht rassistisch markierte Männer (9%). Besonders häufig berichten Schwarze Männer (41,3%) und Frauen (34,2%) sowie muslimische

Abbildung 7. Diskriminierungserfahrungen in unterschiedlichen Kontexten, differenziert nach Selbstidentifikation, getrennt nach Männern und Frauen (in Prozent)



Lesbeispiel: 46,2% der weiblichen Befragten, die sich als muslimisch identifizieren, geben an, bei Kontakt mit Ämtern oder Behörden Diskriminierungserfahrungen gemacht zu haben. **Quelle:** NaDiRa OAP, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. N = 8.407–12.508

Männer (38,8%) und Frauen (25,3%), beim Kontakt mit der Polizei „sehr oft“, „oft“ oder „manchmal“ diskriminiert worden zu sein.

Schwarze und muslimische Menschen werden überproportional oft im Kontakt mit der Polizei diskriminiert: Diskriminierungserfahrungen durch die Polizei erlebten 41,3% der Schwarzen sowie 38,8% der muslimischen Männer. Aber auch ein Drittel der Schwarzen (34,2%) sowie etwa ein Viertel der muslimischen Frauen (25,3%) geben dies an.

Im Hinblick auf den Kontakt mit Ämtern oder Behörden kann für rassistisch markierte Gruppen von einer grundsätzlich hohen Prävalenz von Diskriminierungserfahrungen gesprochen werden. Fast 40% der Personen, die sich als asiatisch identifizieren (Männer: 39,1%; Frauen: 38,3%) erfahren in diesem Kontext mindestens „manchmal“ eine schlechtere bzw. ungerechtere Behandlung als andere. Ein noch höherer Anteil zeigt sich bei der muslimischen Gruppe: Bei den Männern ist es mehr als jede zweite Person (51,3%), die in gewisser Regelmäßigkeit („manchmal“, „oft“ oder „sehr oft“) schlechte Erfahrungen mit Ämtern und Behörden macht. Bei den Frauen ist es fast jede zweite (46,2%). Eine ähnliche Betroffenheit lässt sich sowohl bei Schwarzen Männern (43,5%) als auch bei Schwarzen Frauen (46%) feststellen. Im Vergleich dazu liegt der Anteil bei nicht rassistisch markierten Personen in beiden Geschlechtergruppen bei knapp über 13%.

Muslimische Menschen erleben besonders häufig Diskriminierungserfahrungen in Ämtern oder Behörden: Mehr als die Hälfte der muslimischen Männer gibt an, dort diskriminiert worden zu sein.

Wenn es um den Kontakt mit Banken geht, dann zeigen sich ähnliche Muster, allerdings auf deutlich niedrigerem Niveau. In allen Rassifizierungs- und Geschlechterkombinationen liegen die berichteten Erfahrungen klar unter den entsprechenden Werten für den Kontakt mit Ämtern und Behörden.

In der Öffentlichkeit sind die Diskriminierungserfahrungen der rassistisch markierten Gruppen besonders stark ausgeprägt. Dies gilt am stärksten für Schwarze Menschen. Mehr als die Hälfte der Befragten (Männer: 53,5%; Frauen: 55,3%) in dieser Gruppe gibt an, regelmäßig („sehr oft“, „oft“ oder „manchmal“) eine der mit der Everyday Discrimination Scale erhobenen Erfahrungen gemacht zu haben. Den muslimischen Männern und vor allem Frauen geht es nur geringfügig besser (Männer: 43,2%; Frauen: 48,6%). Auch asiatische Menschen machen in der Öffentlichkeit regelmäßig negative Erfahrungen (Männer: 35,7%; Frauen: 43,2%). Über alle betrachteten Gruppen hinweg fällt auf, dass Frauen in der Öffentlichkeit mehr Diskriminierung erleben als Männer.

Schwarze Menschen werden überproportional häufig in der Öffentlichkeit diskriminiert: Jede zweite Schwarze Person berichtet von Diskriminierungserfahrungen in der Öffentlichkeit.



Diskriminierungserfahrungen sind auch in der Freizeit Realität, insbesondere für rassistisch markierte Menschen. Dabei zeigt sich ein im Vergleich zum Kontext Öffentlichkeit umgekehrtes Geschlechterverhältnis. In allen rassistisch markierten Gruppen berichten Männer häufiger davon, in ihrer Freizeit Diskriminierungserfahrungen zu machen als Frauen aus der gleichen Gruppe. Dabei fallen die Werte für Schwarze (54,8 %) und muslimische Männer (41,2 %) am höchsten aus.

Für den in diesem Bericht besonders im Fokus stehenden Bereich der Gesundheitsversorgung sind ebenfalls beträchtliche Diskriminierungserfahrungen zu beobachten. Die drei rassistisch markierten Gruppen sind auch im Gesundheitsbereich am stärksten von wahrgenommener Ungleichbehandlung und Benachteiligung betroffen. So berichten etwas mehr als zwei Drittel (68,1 %) der muslimischen Frauen, sie seien schon einmal von Ärzten, Ärztinnen oder sonstigem medizinischem Personal „ungerechter oder schlechter behandelt“ worden als andere. 34,5 % geben sogar an, dass sie derartige Erfahrungen regelmäßig machen, womit „sehr oft“, „oft“ oder „manchmal“ gemeint ist. 61 % der nicht rassistisch markierten Frauen berichten von ungerechter und schlechterer Behandlung gegenüber anderen. Davon erleben 25,5 % diese Erfahrungen regelmäßig. Mehr als zwei Drittel der Schwarzen Frauen (67,1 %) geben an, im Gesundheitswesen ungerechter und schlechter als andere behandelt worden zu sein, wovon 38,6 % diese Erfahrung regelmäßig machen. Unter asiatischen Frauen geben 60,8 % an, dass sie im Gesundheitsbereich eine ungerechte und schlechte Behandlung erfahren haben, 29 % davon regelmäßig.

Auch 59,7 % der Schwarzen Männer geben an, im Gesundheitswesen diskriminiert worden zu sein, 24,7 % regelmäßig. Diejenigen Männer, die sich selbst als deutsch mit Migrationshintergrund identifizieren, machen ihrem Empfinden nach ebenso regelmäßig diese Erfahrung (24 %). Die Werte bewegen sich jedoch unter denen der muslimischen (35,6 %), asiatischen (25,8 %) und Schwarzen (24,7 %) Männer.

Interessant ist zudem, dass Männer, die sich als deutsch ohne Migrationshintergrund identifizieren, im Gesundheitswesen im Vergleich zu den anderen Gesellschaftsbereichen die höchsten Werte aufweisen (19,7 %). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Diskriminierungsmerkmale wie Alter, Klasse oder Gewicht hier eine starke Bedeutung haben könnten. Hinsichtlich des Geschlechts geben in allen Gruppen, bis auf die Gruppe der muslimischen Personen, Frauen im Vergleich zu Männern häufiger an, im Gesundheitsbereich regelmäßig eine oder mehrere der mit der Everyday Discrimination Scale erhobenen Erfahrungen gemacht zu haben. Dies steht weitestgehend im Kontrast zu den Diskriminierungserfahrungen der anderen hier erfassten Bereiche, in denen Männer häufiger von einer ungerechten bzw. schlechteren Behandlung als andere berichten.

1.3 Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen und Vertrauen in gesellschaftliche Institutionen

Die in den vorangegangenen Kapiteln analysierten Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen prägen nicht nur den Alltag der betroffenen Personen, sondern auch deren Einstellungen gegenüber der Gesellschaft, in der sie leben. Internationale Studien befassen sich bereits mit dem Vertrauen, das rassistisch markierte Gruppen gesellschaftlichen Institutionen entgegenbringen (vgl. Avery 2006; Doescher et al. 2000; Tyler 2005; van Craen 2013). Im NaDiRa.panel wurde erhoben, inwieweit die Befragten verschiedenen gesellschaftlichen Institutionen und Instanzen vertrauen. Gefragt wurde dabei nach ihrem Vertrauen gegenüber

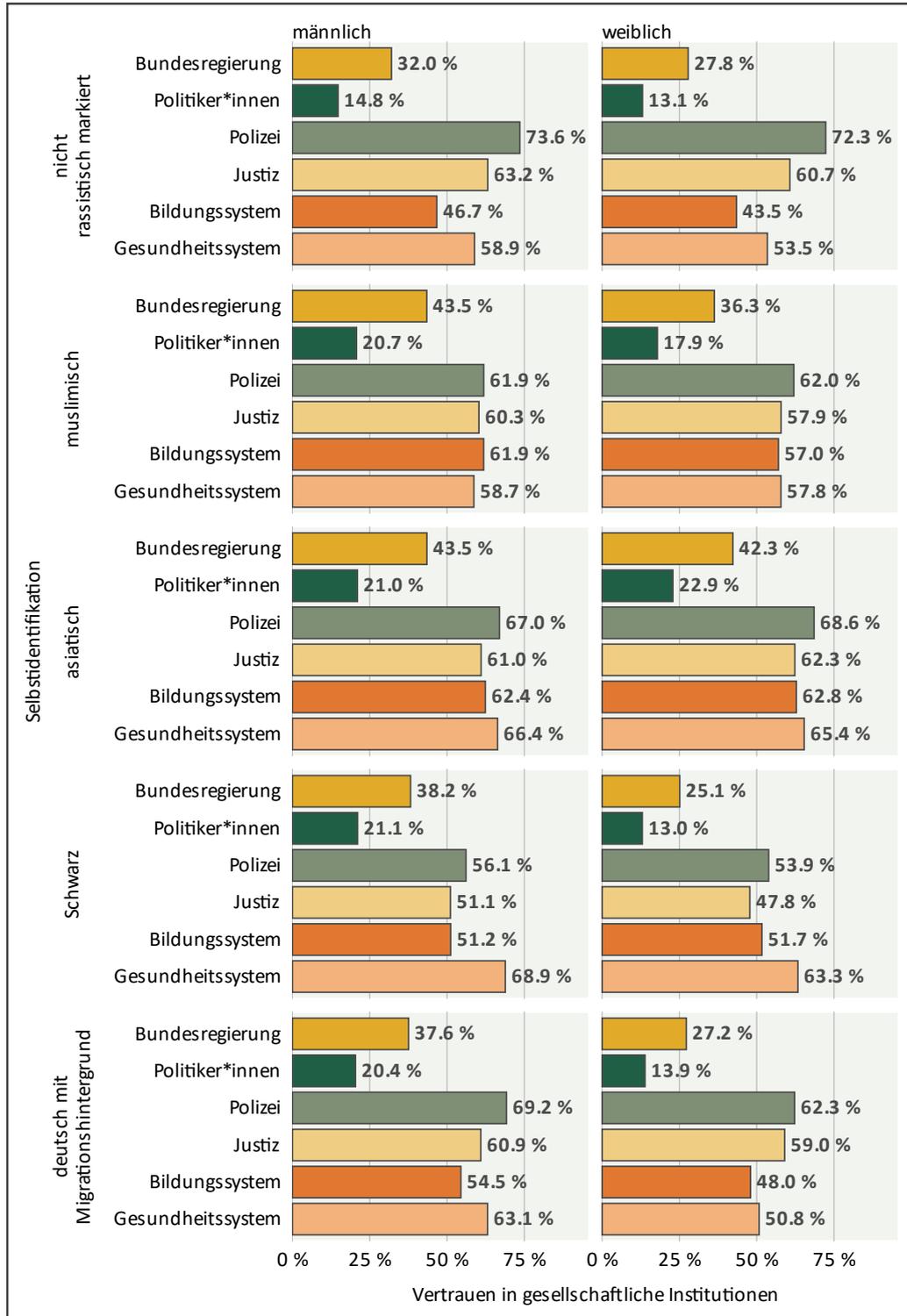
- der Bundesregierung,
- den Politikern/Politikerinnen,
- der Polizei,
- der Justiz,
- dem Bildungssystem
- und dem Gesundheitssystem.

Die Befragten konnten den Grad ihres Vertrauens jeweils auf einer siebenstufigen Skala ausdrücken, die von „vertraue voll und ganz“ (1) über „teils/teils“ (4) bis zu „vertraue ich überhaupt nicht“ (7) reichte. In [Abbildung 8](#) ist für die sechs genannten Institutionen jeweils der Anteil derjenigen Befragten dargestellt, der tendenziell Vertrauen in die entsprechende Institution äußert, also mit dem Wert von 1, 2 oder 3 geantwortet hat. Dabei wird nach Männern und Frauen und nach den bereits in den vorherigen Analysen verwendeten Gruppen unterschieden.

Über die Darstellung des Vertrauens der Befragten in die verschiedenen institutionellen Bereiche ([Abbildung 8](#)) lassen sich Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen und den Geschlechtern aufzeigen.

Bezüglich des grundsätzlichen Vertrauens, das die Befragten der Bundesregierung entgegenbringen, kann zunächst festgehalten werden, dass sich das Vertrauen auf einem mittleren bis niedrigen Niveau bewegt. Besonders niedrig ist es in der Referenzgruppe der nicht rassistisch markierten Personen ohne Migrationshintergrund, in der nur 32 % der Männer und 27,8 % der Frauen tendenzielles Vertrauen äußern. Dieser Anteil ist in den drei rassistisch markierten Gruppen deutlich höher: Sowohl bei muslimischen als auch asiatischen Männern liegt er bei 43,5 %, und bei Schwarzen Männern bei 38,2 %. Auch bei muslimischen (36,3 %) und asiatischen Frauen (42,3 %) liegt das Vertrauen in die Bundesregierung deutlich über dem Niveau nicht rassistisch markierter Frauen mit und ohne Migrationshintergrund (27,2 % bzw. 27,8 %). Nur Schwarze Frauen haben geringere Vertrauensanteile (25,1 %). Im Vergleich zu bereits vorliegenden Erhebungen zu Vertrauen in Politik und Parteien fallen die Werte für das Vertrauen in die Bundesregierung damit

Abbildung 8. Vertrauen in gesellschaftliche Institutionen, differenziert nach Selbstidentifikation, getrennt nach Männern und Frauen (Anteile in Prozent)



Lesbeispiel: Unter den nicht rassistisch markierten Männern geben 14,8% an, dass sie den Politiker*innen in Deutschland vertrauen. **Quelle:** NaDiRa-panel, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. N = 16.075–16.215

für alle im NaDiRa.panel berücksichtigten Gruppen höher aus. So liegen sie über den im Rahmen einer Studie der Bertelsmann Stiftung von Unzicker (2019) für 2018 gemessenen 24 % und in den meisten Fällen auch über den für 2017 gemessenen 30 %.

Bei der Betrachtung der Politiker*innen fällt wiederum auf, dass das Vertrauen gegenüber diesen insgesamt gering ausfällt: So gibt über alle betrachteten Gruppen hinweg lediglich jede fünfte Person an, dass sie Politiker*innen tendenziell vertraut. Unter nicht rassistisch markierten ist es sogar nur jede*r siebte Mann (14,8 %) oder Frau (13,1 %). Während der Wert bei den rassistisch markierten Männern über alle Gruppen hinweg relativ konstant zwischen 20,4 % und 21,1 % liegt, zeigen sich bei den rassistisch markierten Frauen größere gruppenspezifische Unterschiede: Asiatische Frauen weisen mit 22,9 % ein insgesamt überdurchschnittliches Vertrauen in Politiker*innen auf, während sich der Wert für Schwarze Frauen auf einem ebenso niedrigen Level bewegt wie der der nicht rassistisch markierten Frauen. Analog zu den im NaDiRa.panel geringen Vertrauenswerten in Politiker*innen stellen Faus und Storks (2019) in ihrer Analyse auch die geringsten Vertrauenswerte für politische Parteien fest. Sie heben in diesem Kontext die Relevanz von politischem Vertrauen für den gesellschaftlichen Zusammenhalt hervor und weisen auf die Möglichkeit hin, dass ein geringes Vertrauen auch mit geringerer politischer Beteiligung einhergehen könnte.

Der grundsätzliche Trend zeigt sich auch beim Vertrauen in das Bildungssystem, bei dem asiatische und muslimische Männer sowie Frauen mit jeweils um die 60 % besonders hohe Vertrauenswerte aufweisen. Während der Wert bei Schwarzen Menschen mit um die 51 % bereits deutlich darunter liegt, weist auch hier die Gruppe der nicht rassistisch markierten Befragten ein besonders geringes Vertrauen auf (Männer: 46,7 %; Frauen: 43,5 %).

Auch in Bezug auf das Gesundheitssystem, dem in der Gesamtschau aller Befragten ein vergleichsweise großes Vertrauen geschenkt wird, weist die Gruppe der nicht rassistisch markierten Befragten ein vergleichsweise geringes Vertrauen auf. Lediglich 58,9 % der nicht rassistisch markierten Männer und 53,5 % der Frauen aus dieser Gruppe geben an, dem Gesundheitssystem zu vertrauen. Ähnlich niedrige Werte zeigen sich bei muslimischen Menschen, was vor dem Hintergrund dessen, dass diese Gruppe neben Schwarzen Frauen besonders viele Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitsbereich (s. o.) berichtet, nicht verwunderlich ist. Obwohl jedoch Schwarze und asiatische Menschen ebenfalls deutlich mehr Diskriminierung erfahren als nicht rassistisch markierte Personen, weisen sie ein höheres Vertrauen in das Gesundheitssystem auf als die Referenzgruppe.

Lediglich in Bezug auf die Bereiche Polizei und Justiz weisen nicht rassistisch markierte Personen im NaDiRa.panel ein vergleichsweise großes Vertrauen auf. Dieses ist in Bezug auf die Polizei mit 73,6 % (nicht rassistisch markierte Männer) bzw. 72,3 % (Frauen) besonders ausgeprägt. Während asiatische Frauen und Männer mit 68,6 % bzw. 67 % ein ebenfalls vergleichsweise großes Vertrauen in die Polizei aufweisen, fallen die Werte für Musliminnen (62 %) und Muslime (61,9 %) deutlich geringer aus. Das geringste Vertrau-

en in die Polizei haben in Deutschland Schwarze Menschen: Nur 53,9 % der Schwarzen Frauen und 56,1 % der Schwarzen Männer, die im Rahmen des NaDiRa.panels befragt wurden, geben an, dass sie der Polizei vertrauen. Dieses Ergebnis deckt sich weitgehend mit Studien aus dem US-Kontext, die herausgefunden haben, dass rassistisch markierte Gruppen der Polizei tendenziell weniger vertrauen (vgl. z. B. Frank, Smith & Novak 2005; Weitzer & Tuch 2005). Einige Studien führen dies auf Diskriminierungserfahrungen durch die Polizei zurück, von denen rassistisch markierte Personen, wie auch die Daten des NaDiRa.panels für Deutschland zeigen, in besonderem Maße betroffen sind (vgl. Tyler & Wakslak 2004; Weitzer & Tuch 2002). Für den europäischen Kontext haben zum Beispiel Röder und Mühlau (2012) gezeigt, dass Vertrauen in die Polizei unter Immigrant*innen der ersten Generation im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund zunächst größer ausfällt, wohingegen Kinder von Immigrant*innen deutlich niedrigere Vertrauenswerte aufweisen. Czymara und Mitchell (2023) haben darüber hinaus herausgefunden, dass das Vertrauen von Personen, die selbst immigriert sind, mit zunehmender Aufenthaltsdauer abnimmt, was sie unter anderem auf einen negativen Effekt von Diskriminierungserfahrungen durch die Polizei im Aufenthaltsland zurückführen. Unter Einbezug der zukünftigen Erhebungswellen des NaDiRa.panels wird es möglich sein, den Zusammenhang von (rassistischen) Diskriminierungserfahrungen und dem Vertrauen in die Polizei differenzierter und, unter Einbezug der Selbstidentifikation der Befragten, umfänglicher zu untersuchen.

Das Vertrauen in die Justiz fällt insgesamt etwas ausgeglichener aus. So bewegt sich der Anteil derjenigen, die dem Rechtssystem vertrauen, bei Personen, die sich als deutsch mit Migrationshintergrund identifizieren, sowie bei nicht rassistisch markierten, muslimischen und asiatischen Personen zwischen 59 % (deutsche Frauen mit Migrationshintergrund) und 63,2 % (nicht rassistisch markierte Männer). Ein deutlich geringeres Vertrauen in die Justiz weisen dagegen Schwarze Männer (51,1 %) und Schwarze Frauen (47,8 %) auf. Insgesamt bestätigen die Daten des NaDiRa.panels, was auch Faus und Storcks (2019) für die Gesamtgesellschaft festgestellt haben, nämlich dass den Institutionen, die als politisch wahrgenommen werden (bzw. hier insbesondere die Personengruppe der Politiker*innen), weniger Vertrauen geschenkt wird als Polizei und Justiz.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass rassistisch markierte Menschen ein tendenziell höheres Vertrauen in die Institutionen Deutschlands haben als nicht rassistisch markierte Menschen. Dies gilt insbesondere für das Vertrauen in die Bundesregierung, das Bildungssystem und das Gesundheitssystem. Was auf den ersten Blick ein überraschender Befund zu sein scheint, ist internationaler Forschungslage zufolge jedoch nicht neu. So zeigen beispielsweise Studien aus den USA, dass das überproportionale Vertrauen in die Politik seitens rassistisch markierter Menschen keine Ausnahme darstellt: Wenn diskriminierte Minderheiten wahrnehmen, dass bestimmte Strukturen für die gesellschaftliche Teilhabe existieren, kann ihr politisches Vertrauen zunehmen (vgl. Wu, Wilkes & Wilson 2022).



Rassistisch markierte Gruppen haben ein tendenziell höheres Vertrauen in die Institutionen Deutschlands als nicht rassistisch markierte Menschen. Dies gilt insbesondere für das Vertrauen in die Bundesregierung, das Bildungssystem und das Gesundheitssystem.

Dass rassistisch markierte Menschen (insbesondere muslimische und Schwarze) gegenüber Polizei und Justiz – im Gegensatz zu anderen gesellschaftlichen Bereichen – tendenziell niedrigere Vertrauenswerte aufweisen als nicht rassistisch markierte Personen, kann möglicherweise mit dem – auch öffentlich thematisierten – gleichgültigen und teils ablehnenden Umgang von Polizei und Justiz mit Opfern rassistischer Gewalt sowie einer ausbleibenden Aufklärung rassistischer Morde zusammenhängen (siehe etwa den Umgang mit dem NSU und den Polizeieinsatz im Zusammenhang mit der Mordserie in Hanau). Das kann das Vertrauen von Betroffenen in Institutionen negativ beeinflussen (vgl. Böttger, Lobermeier & Plachta 2014; Herrnkind 2022: 311). Dass gerade Schwarze Menschen vergleichsweise niedrige Vertrauenswerte aufweisen, wenn es um die Polizei geht, deckt sich damit, dass diese Gruppe besonders oft von polizeilicher Gewalt betroffen ist und dieses Thema aufarbeitet und auf die öffentliche Agenda setzt (vgl. Baumgartner, Epp & Shoub 2018; Böttger, Lobermeier & Plachta 2014; Finkeldey, Dennison & Cui 2023; Herrnkind 2022; Hunold & Singelstein 2022a; Nix et al. 2017; Thompson 2022; Voigt et al. 2017). Internationale Studien verweisen explizit darauf, dass Vertrauensunterschiede zwischen rassistisch markierten und nicht markierten Menschen auch mit den unterschiedlichen Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen der Betroffenen zusammenhängen (vgl. Brunson 2007; Douds & Wu 2018; Flexon, Lurigio & Greenleaf 2009; Liebkind & Jasinskaja-Lahti 2000; Skogan 2006; Wilkes & Wu 2019).

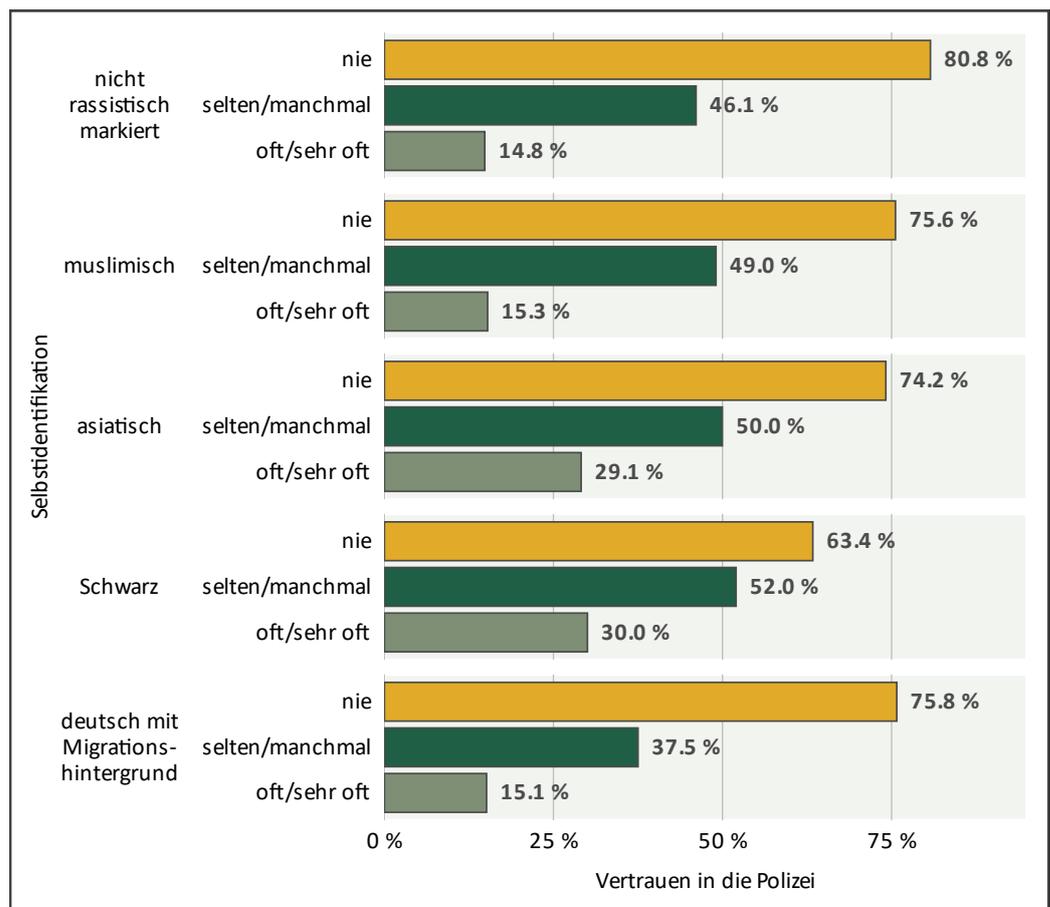
Mit den Daten des NaDiRa.panels lässt sich das gerade für den Bereich der Polizei näher untersuchen, da hier neben dem Vertrauen auch die erfahrene Schlechterbehandlung bei Kontakt mit der Polizei erfragt wurde. Wie oben bereits erläutert, konnten die Befragten auf die Frage „Wie oft wurden Sie in folgenden Situationen ungerechter oder schlechter behandelt als andere? – Bei Kontakt mit der Polizei?“ anhand einer sechsstufigen Skala antworten. [Abbildung 9](#) illustriert das Vertrauen der verschiedenen Gruppen in die Polizei, wobei nach dem Ausmaß der eigenen Diskriminierungserfahrung („nie“, „selten/manchmal“, „oft/sehr oft“) differenziert wird.³⁵ Es zeigt sich, dass Menschen, die bereits selbst Diskriminierung im Kontakt mit der Polizei erlebt haben, ein deutlich geringeres Vertrauen aufweisen als Menschen, die eine solche Erfahrung noch nicht gemacht haben. Nicht rassistisch markierte Personen, die noch nie Diskriminierung durch die Polizei erfahren haben, vertrauen dieser zu 80,8%. Bei steigender Diskriminierungserfahrung sinkt dieser Wert auch bei den nicht rassistisch markierten Befragten; im Falle von seltenen Diskriminierungserfahrungen auf 46,1%. Jene Befragten, die schon oft Diskriminierung von Seiten der Polizei erfahren haben, geben sogar nur noch zu 14,8% an, dieser Institution zu vertrauen.

³⁵ Eine Differenzierung nach Geschlecht war aufgrund der zu niedrigen Fallzahlen nicht möglich, weswegen an dieser Stelle nur Zahlen für die jeweilige Gesamtgruppe berichtet werden.



In der Gruppe der Muslim*innen gaben 75,6% derjenigen, die noch nie im Kontakt mit der Polizei diskriminiert worden sind, an, dieser zu vertrauen. Bei seltener Diskriminierungserfahrung sinkt der Wert auf 49%, bei häufiger auf 15,3%. Bei Schwarzen Menschen, für die sich bereits in [Abbildung 8](#) besonders niedrige Vertrauenswerte für den Kontext Polizei gezeigt haben, liegt der Anteil derjenigen, die noch keine Diskriminierung erlebt haben und der Polizei vertrauen, bei 63,4% und damit deutlich unter den für die anderen Gruppen gemessenen Werten. Die Schwarzen Personen, die angeben, manchmal Diskriminierung durch die Polizei erfahren zu haben, sagen zu 52% aus, tendenziell Vertrauen in die Polizei zu haben. Ihre Werte ähneln somit denen der anderen Gruppen. Und betrachtet man nur diejenigen Befragten, die schon häufig von Seiten der Polizei diskriminiert worden sind, liegt der Wert mit 30% sogar höher als für die Gruppe der Muslim*innen und nicht rassistisch Markierten, die häufig im Kontakt mit der Polizei Diskriminierung erlebt haben.

Abbildung 9. Vertrauen in die Polizei, differenziert nach Selbstidentifikation und erfahrener Diskriminierung durch die Polizei (Anteile in Prozent)



Lesbeispiel: Unter den befragten Muslim*innen, die oft oder sehr oft Diskriminierung durch die Polizei erfahren haben, geben 15,3% an, dass sie der Polizei tendenziell vertrauen. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. N = 8.567

Differenziert man nach der Häufigkeit der Diskriminierungserfahrungen, lässt sich also über alle betrachteten Gruppen hinweg ein ähnliches Muster erkennen: Wer häufiger Diskriminierung durch die Polizei erlebt, vertraut dieser weniger. Wenn keine entsprechenden Erfahrungen vorliegen, sind nur Schwarze Menschen noch merklich skeptischer. Bei oft erfahrener Diskriminierung fällt das Vertrauen in die Polizei, genau wie bei asiatischen Menschen, jedoch höher aus als bei den anderen Gruppen. Insgesamt belegen die Daten deutlich, dass im Hinblick auf die Polizei ein starker Zusammenhang zwischen dem Vertrauen in die Institution und den spezifischen Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen besteht.

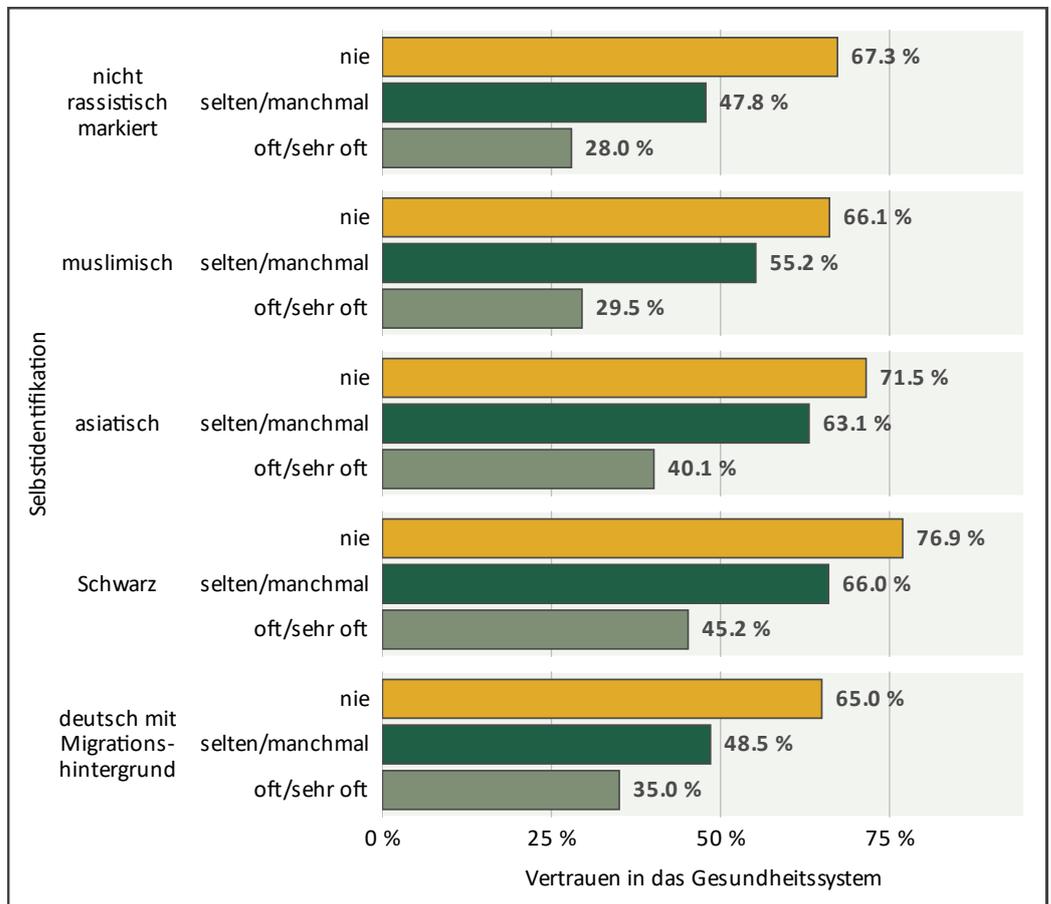
Das Vertrauen in die Polizei ist insgesamt hoch, auch rassistisch markierte Gruppen haben ein hohes Grundvertrauen. Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen im Kontakt mit der Polizei führen jedoch zu sinkenden Vertrauenswerten.

Eine ähnliche Analyse ist auch für den in diesem Bericht fokussierten Bereich der Gesundheitsversorgung möglich, denn auch hier wurden kontextspezifische Schlechterbehandlungen explizit erfragt. [Abbildung 10](#) zeigt das Vertrauen der verschiedenen Gruppen in das Gesundheitssystem in Abhängigkeit von der Häufigkeit der in diesem Bereich gemachten Diskriminierungserfahrungen. Dabei lässt sich über alle Gruppen hinweg erkennen, dass Personen, die selbst Schlechterbehandlung erlebt haben, auch in diesem Bereich deutlich geringere Vertrauenswerte aufweisen. Muslim*innen, die noch nie Diskriminierung im Gesundheitsbereich erfahren haben, geben zu 66,1 % an, dass sie dem Gesundheitssystem tendenziell vertrauen. Unter denjenigen, die selten oder manchmal Diskriminierungserfahrungen machen, liegt der Anteil bei 55,2 % und unter denen, die häufig Diskriminierung erleben, nur noch bei rund 30 %. Dieser Befund lässt sich auf die anderen, rassistisch markierten wie auch die nicht rassistisch markierten Gruppen übertragen: Je öfter eine Person Diskriminierung im Gesundheitsbereich erfährt, desto geringer fällt ihr Vertrauen in das Gesundheitssystem aus.

Auffallend bleibt jedoch, dass die rassistisch markierten Gruppen bei gleicher Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen in der Regel immer noch höhere Vertrauenswerte als die nicht rassistisch markierte Gruppe aufweisen. So haben 45,2 % der Schwarzen Menschen, die oft oder sehr oft Schlechterbehandlung erfahren haben, immer noch tendenzielles Vertrauen in das Gesundheitssystem.



Abbildung 10. Vertrauen in das Gesundheitssystem, differenziert nach Selbstidentifikation und erfahrener Diskriminierung im Gesundheitsbereich (Anteile in Prozent)



Lesbeispiel: Unter Schwarzen Menschen, die oft oder sehr oft Diskriminierung im Gesundheitswesen erlebt haben, geben 45,2% an, dass sie dem Gesundheitssystem tendenziell vertrauen. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. N = 12.695

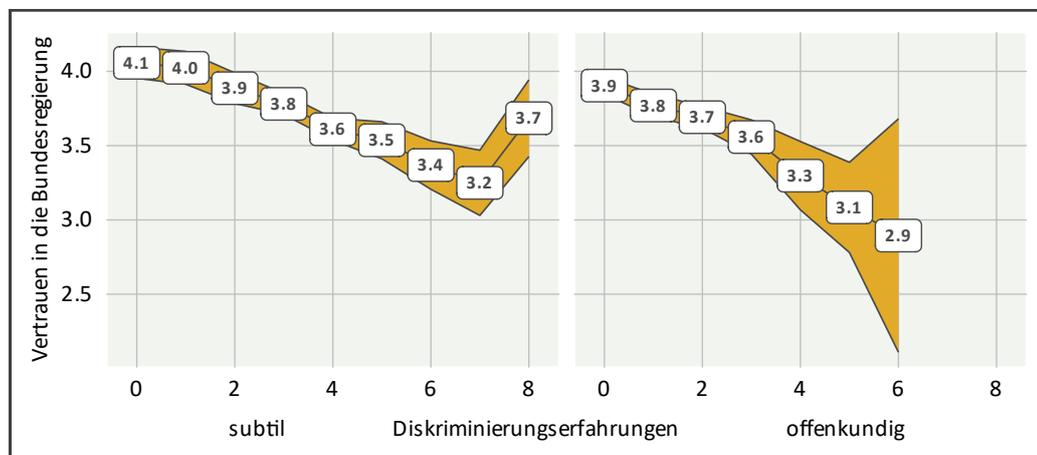
Gerade die rassismuskvulnerablen Gruppen kommen mit einem hohen Grundvertrauen in das Gesundheitssystem und bringen auch eine höhere Resilienz gegenüber schlechten Erfahrungen mit. Gleichwohl beeinträchtigen Diskriminierungserfahrungen das Vertrauen auch in diesem Bereich.

Dass spezifische, innerhalb des Gesundheitsbereichs auftretende Abwertungs- und Ausgrenzungserfahrungen das Vertrauen in das Gesundheitswesen insgesamt schmälern können, lässt sich auch in der internationalen Studienlage finden. Rassismuserfahrungen – so der Tenor der meisten Arbeiten – schlagen sich dabei nicht nur negativ auf die Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung und das grundsätzliche Vertrauen in sie nieder (vgl. Glover, Sims & Winters 2017; Hamed et al. 2022; Rausch, Hotait & Bei-

gang 2021), sondern sie können darüber hinaus den zukünftigen Umgang von rassistisch markierten Patient*innen mit dem Gesundheitswesen beeinflussen (vgl. van Houtven et al. 2005) und die Zusammenarbeit zwischen ärztlichem Personal und Patient*innen erschweren (vgl. Kandula et al. 2009).

Die beiden hier analysierten Bereiche Polizei und Gesundheitssystem weisen darauf hin, dass empfundene kontextspezifische Schlechterbehandlungen ein Risiko für das Vertrauen in gesellschaftliche Institutionen darstellen. Darüber hinaus lässt sich aufzeigen, dass Diskriminierungserfahrungen auch kontextunabhängig negativ mit dem Vertrauen in Institutionen zusammenhängen. Am Beispiel des Vertrauens in die Bundesregierung und die Justiz lässt sich dies besonders deutlich nachzeichnen. [Abbildung 11](#) und [Abbildung 12](#) präsentieren die Mittelwerte für das Vertrauen in die jeweilige Institution je nach Häufigkeit der Diskriminierungserfahrungen. Dabei wird zwischen offenkundigen und subtilen Formen der Diskriminierung (s. o.) differenziert. Auch kontrollieren wir das Alter und den Bildungsgrad der Befragten.

Abbildung 11. Zusammenhang zwischen Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen (subtil, offenkundig) und dem Vertrauen in die Bundesregierung (Mittelwerte)



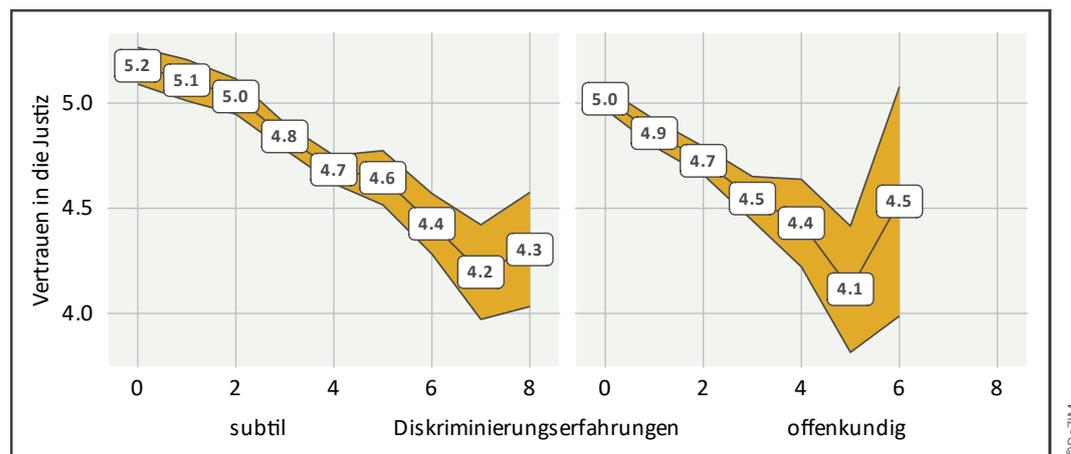
Lesbeispiel: Menschen, die den Wert 6 auf der offenkundigen Diskriminierungsskala haben und somit häufiger Diskriminierung erfahren, haben ein durchschnittliches Vertrauen in die Bundesregierung von 2,9 Punkten. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), clusterrobuste Standardfehler, eigene Berechnungen. Unter Kontrolle des Alters und der Bildung. Die vertikalen Linien sind Konfidenzintervalle (95%). N = 15.645

Sowohl in Bezug auf die Bundesregierung als auch für den Bereich der Justiz zeigt sich, dass das Vertrauen bei subtilen Erfahrungen (z. B. „Jemand verhält sich so, als würde sie/er Sie nicht ernst nehmen“ und „Sie werden mit weniger Respekt behandelt als andere“) etwas größer ausfällt als bei offenkundigen Diskriminierungserfahrungen (z. B. „Sie werden bedroht/belästigt“ und „Sie werden körperlich angegriffen“). Subtile Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen scheinen sich also weniger stark auf das Vertrauen gegenüber Bundesregierung und Justiz auszuwirken als offenkundige Erfah-



rungen. Es lässt sich darüber hinaus ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen und dem Vertrauen in Bundesregierung bzw. Justiz erkennen: Je häufiger die Befragten selbst Diskriminierung erlebt haben, desto geringer fällt ihr Vertrauen in die Bundesregierung bzw. in das Justizsystem aus.

Abbildung 12. Zusammenhang zwischen Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen (subtil, offenkundig) und dem Vertrauen in die Justiz (Mittelwerte)



Lelesebeispiel: Personen, die den Wert 8 auf dem subtilen Diskriminierungsindex haben, also vergleichsweise häufig subtile Diskriminierung erleben, weisen im Durchschnitt den Wert 4,3 auf der Vertrauenskala in die Justiz auf. Quelle: NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), clusterrobuste Standardfehler, eigene Berechnungen. Unter Kontrolle des Alters und der Bildung. Die vertikalen Linien sind Konfidenzintervalle (95%). N = 15.567

Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen sind auch für das Vertrauen in die Bundesregierung und die Justiz relevant. Mit zunehmender Häufigkeit offenkundiger und subtiler Diskriminierungserfahrungen sinkt insgesamt das Vertrauen in diese Institutionen.

Die oben dargestellten Befunde weisen darauf hin, dass Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen das gesellschaftliche Vertrauen in Institutionen beschädigen können. Zugleich zeigen die Daten aus dem NaDiRa.panel, dass rassistisch markierte Menschen prinzipiell ein höheres Vertrauensniveau besitzen – abgesehen von den Bereichen der Polizei und der Justiz – als nicht rassistisch markierte Gruppen. Der Abbau von (rassistischer) Diskriminierung ist daher zwingend geboten, um das ausgeprägte Vertrauen, das rassistisch markierte Menschen deutschen Institutionen grundsätzlich entgegenbringen, nicht zu gefährden und womöglich zu „verspielen“. Denn wie frühere Studien zeigen, schwächt Misstrauen in die Regierung nicht nur das Befolgen sozialer und politischer Regeln, es kann vielmehr auch gesellschaftliche Konfrontationen und Polarisierung fördern (vgl. Hetherington & Rudolph 2008; Levi & Stoker 2000). Ein gewisses Maß an politischem Vertrauen ist eine wichtige Grundlage für eine stabile Demokratie (vgl. Zmerli 2016).

1.4 Fazit

Basierend auf den repräsentativen Erhebungen des NaDiRa.panels hat dieser Teil des Berichts einen ersten Überblick über die Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen in Deutschland gegeben, der in Teil II weiter vertieft und differenziert wird. Zusammenfassend lassen sich folgende Hauptergebnisse festhalten: Allgemeine Diskriminierungserfahrungen sind weitverbreitet – 87,6 % der Bevölkerung berichten von diesen. Insgesamt gibt die Mehrheit der Befragten an, schon einmal schlechter behandelt worden zu sein als andere Menschen. Ein genauerer Blick zeigt allerdings, dass diese Erfahrungen in der Bevölkerung keineswegs gleich verteilt sind. So variieren die Erfahrungen im Hinblick auf soziodemografische Kategorien sowie die Merkmale, die als diskriminierungsrelevant von den Betroffenen wahrgenommen werden. Zudem zeigen sich Unterschiede bezüglich der sozialen Kontexte, in denen Diskriminierung erfahren wird. Insgesamt gehen Diskriminierungserfahrungen mit geringerem Vertrauen in Institutionen einher.

Diskriminierungserfahrungen variieren nach sozialen Gruppen: Wenn soziodemografische Merkmale der Befragten einbezogen werden, zeigt sich, dass rassistisch markierte Menschen weitaus häufiger von Diskriminierungserfahrungen berichten als nicht rassistisch markierte. Dies gilt sowohl für die sieben Alltagserfahrungen (subtile und offenkundige Diskriminierung) als auch für die institutionellen Kontexte, die untersucht wurden. So geben annähernd alle Personen der rassistisch markierten Gruppen an, Diskriminierung erfahren zu haben (Schwarz: 95,2 %, asiatisch: 88,9 %, muslimisch: 89,9 %). Für rassistisch markierte Gruppen stellt Diskriminierung also kein Randphänomen dar. Rassistisch markierte Personen in Deutschland erleben Ungleichbehandlung und Diskriminierung überproportional häufig und in einem größeren Ausmaß als nicht rassistisch markierte. Deutlich werden dabei auch Geschlechterunterschiede. So geben rassistisch markierte Frauen solche Erfahrungen etwas seltener an als rassistisch markierte Männer. Sowohl die offenkundigen als auch die subtilen Diskriminierungserfahrungen werden dabei am stärksten von Schwarzen Menschen erlebt. So gibt jede zweite Schwarze Frau an, schon einmal Bedrohungen oder Belästigungen erfahren zu haben (48,6 %). Schwarze Männer geben dies sogar zu 53,9 % an. 36,6 % aller Schwarzen Männer sagen, dass ihnen mehrmals im Jahr oder sogar häufiger mit Angst begegnet wird. Das ist viermal so häufig wie bei nicht rassistisch markierten Männern (9,2 %). Jede fünfte Schwarze Frau (19,8 %) berichtet, dass ihr immer wieder mit Angst begegnet wird. In der nicht rassistisch markierten Gruppe berichtet dies hingegen nur jede 30. Frau (3,6 %).

Diskriminierungserfahrungen werden entlang unterschiedlicher Merkmale wahrgenommen: Die Betroffenen nennen je nach soziodemografischer Positionierung verschiedene Merkmale, die sie als ausschlaggebend für ihre Diskriminierungserfahrungen wahrnehmen. Aufzuzählen sind hier Alter, Behinderung oder chronische Krankheit (*ability*), mangelnde Deutschkenntnisse, Migration aus einem anderen Herkunftsland, Name, religiöse Zugehörigkeit oder Hautfarbe (*race*), Geschlecht oder sexuelle Identität (*gender/sexuality*) sowie Schichtzugehörigkeit, Einkommen oder Arbeitslosigkeit (*class*). Besonders aufschlussreich ist eine Betrachtung der Erfahrungszusammenhänge, in die rassistisch

markierte Personen ihre Erlebnisse mit Diskriminierung einordnen. Die Analysen zeigen, dass diese von den Befragten mehrheitlich auf jene Merkmale zurückgeführt werden, die auf rassistische Diskriminierung verweisen. Rassistisch markierte Menschen führen ihre Diskriminierungserfahrungen also mehrheitlich auf Rassismus zurück und weniger auf Sexismus, Klassismus und Ableismus. Während 68,2 % der Schwarzen Männer die Hautfarbe als Diskriminierungsgrund angeben, sind es für die Merkmale Geschlecht nur 5,8 % und beim Einkommen 20,3 %. Unter den Muslimen geben 53,8 % die Religion und 63,2 % das Herkunftsland als zentrale Merkmale für ihre Erfahrung an, während es beim Merkmal Geschlecht nur 4,2 % und bei Einkommen nur 13,5 % sind. 24,3 % der Muslime nennen die Hautfarbe. Auch bei asiatischen Männern werden Herkunftsland (57,7 %), Deutschkenntnisse (38,1 %) und Hautfarbe (31,8 %) deutlich häufiger als relevant für Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen angenommen als Geschlecht (3,6 %) und Einkommen (10,5 %). Bei den rassistisch markierten Frauen zeigen sich ganz ähnliche Muster. Auch wenn sie weitaus häufiger als rassistisch markierte Männer ihr (zugeschriebenes) Geschlecht als relevant für ihre Diskriminierungserfahrungen angeben, nennen auch sie rassistische Diskriminierungsmerkmale mit Abstand am häufigsten. Damit unterscheiden sie sich deutlich von nicht rassistisch markierten Frauen, die am häufigsten Geschlecht, Alter und Gewicht als relevante Diskriminierungsmerkmale angeben. Knapp 58,3 % der Diskriminierungserfahrungen werden von diesen Frauen auf ihr Geschlecht zurückgeführt, 37,8 % auf ihr Alter und 19,2 % auf ihr Gewicht. Sprache und Religion spielen bei dieser Gruppe kaum eine Rolle. Alter, Gewicht und Einkommen sind die häufigsten Diskriminierungsmerkmale bei nicht rassistisch markierten Männern. 42,3 % der Männer ohne rassistische Markierung geben ihr Alter als Diskriminierungsgrund an, 18,8 % ihr Gewicht und 16,7 % ihr Einkommen. Arbeitslosigkeit geben nur 4,4 % an. Diese Ergebnisse zeigen deutlich, dass Menschen ihre Erfahrungen der Ungleichbehandlung sehr verschieden wahrnehmen und einordnen. Rassistisch markierte Menschen stellen dabei in der Mehrheit ebenjene Merkmale in den Vordergrund, die auf ihre rassistische Markierung verweisen. In diesem Sinne zeigt sich die Relevanz von Rassismus für die Wahrnehmung der eigenen alltäglichen Erfahrungen.

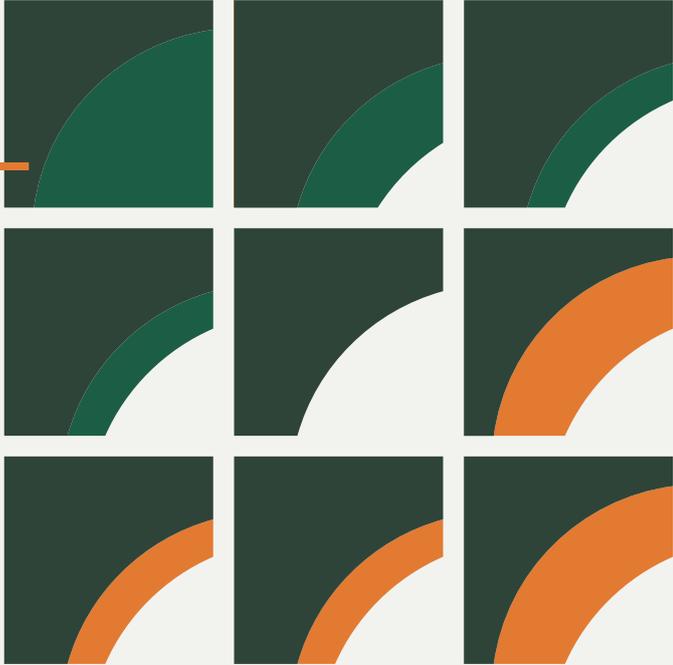
Diskriminierungserfahrungen variieren nach sozialen Räumen: Menschen erfahren in unterschiedlichen sozialen Räumen (rassistische) Diskriminierung. Dies kann generell in der „Öffentlichkeit“, zum Beispiel auf der Straße oder in öffentlichen Verkehrsmitteln, passieren oder aber auch in der „Freizeit“, etwa beim Zugang zu Clubs und Sportstudios. Auch im „Kontakt mit Banken“, „Ämtern und Behörden“, mit der „Polizei“ oder im „Gesundheitsbereich“, also in Krankenhäusern und bei Ärzt*innenbesuchen, können diese Erfahrungen gemacht werden. Die erlebte (rassistische) Diskriminierung verteilt sich gruppenbezogen unterschiedlich auf diese betrachteten Gesellschaftsbereiche. Bei Schwarzen Menschen dominieren Berichte von Diskriminierungserfahrungen im Umgang mit der Polizei sowie in der Öffentlichkeit und Freizeit. Jede zweite Schwarze Person berichtet von (rassistischen) Diskriminierungserfahrungen in der Öffentlichkeit. Diskriminierung durch die Polizei benennt fast die Hälfte der Schwarzen Männer (41,3 %). Aber auch ein Drittel der Schwarzen Frauen gibt dies an (34,2 %). Asiatische Männer lokalisieren Diskriminierung mehrheitlich im Kontakt mit Ämtern und Behörden (39,1 %), asiati-



sche Frauen hingegen in der Öffentlichkeit (43,2%). Muslimische Menschen berichten am stärksten von (rassistischer) Diskriminierung im Kontakt mit Ämtern und Behörden (51,3%). Mehr als ein Drittel der muslimischen Männer (38,8%) machte Diskriminierungserfahrungen im Kontakt mit der Polizei. Bei den muslimischen Frauen liegen die Werte etwas niedriger, sind jedoch mit respektive 46,2% und 25,3% auch sehr hoch. Abgesehen vom Gesundheitsbereich fallen die Werte über die Gruppen hinweg bei Männern höher aus als bei Frauen. In der Gesundheitsversorgung sind es Schwarze Frauen, die am häufigsten von Erfahrungen einer Schlechterbehandlung berichten (38,6%). Im Gesundheitsbereich scheinen zudem Diskriminierungserfahrungen, die sich auf Merkmale wie Alter oder Gewicht beziehen, weitverbreitet zu sein. Ersichtlich wird dies daran, dass auch nicht rassistisch markierte Personen dort im Vergleich zu den anderen Bereichen hohe Werte solcher Erlebnisse anführen.

Niedrigeres Vertrauen in Institutionen hängt mit steigendem Diskriminierungs- und Rassismuserleben zusammen: Rassistisch markierte Personen haben grundsätzlich größeres Vertrauen in Institutionen als nicht rassistisch markierte Personen. In allen Gruppen vertrauen Männer den Institutionen tendenziell mehr als Frauen. Dies gilt für das Vertrauen in die Bundesregierung, in Politiker*innen, das Bildungs- und Gesundheitssystem. Besonders dem Gesundheitssystem wird von rassistisch markierten Gruppen ein hohes Grundvertrauen entgegengebracht. Zudem ist das Vertrauensempfinden dieser Gruppen bei schlechten Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung weit resilienter als bei nicht rassistisch markierten Menschen. So geben 76,9% derjenigen Schwarzen Menschen, die nie Diskriminierung im Gesundheitsbereich erfahren haben, an, diesem tendenziell zu vertrauen. Bei denjenigen, die angeben, oft oder sogar sehr oft im Gesundheitsbereich diskriminiert worden zu sein, liegt dieser Wert bei 45,2%. Bei nicht rassistisch markierten Menschen ist diese Differenz weitaus größer. So geben selbst diejenigen, die noch nie Diskriminierung im Gesundheitsbereich erfahren haben, in 67,3% der Fälle an, diesem tendenziell zu vertrauen. Im Fall von oft oder sehr oft erlebter Diskriminierungserfahrung liegt dieser Wert sogar nur bei 28%. Lediglich Polizei und Justiz fallen heraus. Das Vertrauen in die Polizei ist allgemein über alle Gruppen hinweg hoch. Hier sind es jedoch nicht rassistisch markierte Menschen, die höhere Vertrauenswerte aufweisen. Generell zeigen die Befunde aus dem NaDiRa.panel, dass das Vertrauensempfinden gegenüber staatlichen Institutionen mit steigenden Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen über alle Gruppen hinweg rapide sinkt. Dies gilt für alle Bereiche.

||.



**Schwerpunkt :
Rassismus und
Gesundheit**

Gesundheit wird als fundamentales Menschenrecht betrachtet und ist ein essenzieller Aspekt menschlichen Daseins und gesellschaftlicher Teilhabe. Sie umfasst einen Bereich, in dem Menschen besonders vulnerabel und vielfach auf Hilfe und Hilfsnetzwerke angewiesen sind. Dementsprechend können Zugänge zur Gesundheitsversorgung und deren Qualität sowie medizinisches Wissen und medizinische Praktiken in vielen Fällen über Leben und Tod entscheiden. Zugleich spiegeln sich gesellschaftlicher Wandel und soziale Verhältnisse in der Gesundheitsversorgung wider und stellen diese vor unterschiedliche Herausforderungen.

Im Folgenden wird es einleitend um die strukturellen Herausforderungen des Gesundheitswesens sowie den Zusammenhang von Rassismus und Gesundheit gehen. Nach einem kurzen historischen Abriss zum Verhältnis von Rassismus und Medizin werden die Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung in Deutschland skizziert. Schließlich folgt ein Überblick über den Forschungsstand zu Rassismus, Gesundheit und Gesundheitsversorgung. In einem ersten Kapitel werden Daten aus dem NaDiRa.panel zum Verhältnis von Diskriminierungs- bzw. Rassismuserfahrungen und der Gesundheit von Betroffenen präsentiert (Kapitel [II.1](#)). Daran anschließend zeigen quantitative und qualitative Befunde, auf welche rassistischen Hürden und Ausschlüsse rassistisch markierte Personen treffen, wenn sie die Angebote der Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen möchten oder müssen. Den Auftakt macht ein repräsentatives Feldexperiment, in dem namensbasierte Diskriminierungen bei der Vergabe von Terminen in niedergelassenen Praxen nachgewiesen werden (Kapitel [II.2](#)). Darauf folgt eine Untersuchung zu Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen in der Gesundheitsversorgung, basierend auf Daten aus dem NaDiRa.panel (Kapitel [II.3](#)). Ergänzt werden diese repräsentativen Daten durch qualitative Vertiefungen. Kapitel [II.4](#) beschäftigt sich mit „Community-Perspektiven auf Rassismus in der Gesundheitsversorgung“, ein abschließendes mit Rassismus in der ärztlichen Ausbildung (Kapitel [II.5](#)).

Strukturelle Herausforderungen des Gesundheitswesens in Deutschland

Obwohl das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich gut ausgebaut und ausgestattet ist und der Zugang zu medizinischer Versorgung größtenteils gesetzlich abgesichert wird, existieren strukturelle Probleme, die sich negativ auf die Patient*innenversorgung und das Gesundheitswesen insgesamt auswirken können. Diese Mängel zeigen sich zwar in verschiedenen Bereichen, aber hängen oft mit einer Ökonomisierung des gesamten Gesundheitswesens zusammen (vgl. Manzei & Schmiede 2014). Beispielsweise führt in Krankenhäusern der „erhebliche finanzielle Druck [...] den verfügbaren empirischen Studien zufolge zu einer Ökonomisierung medizinischer Entscheidungen mit Über-, Unter- und Fehlversorgung von Patienten und einer zunehmenden Belastung des Krankenhauspersonals“ (Marckmann 2021: 199). Auch über Krankenhauskontexte hinaus – zum Beispiel in der ambulanten Versorgung (vgl. Schnee 2014) – wirken sich Dynamiken der Ökonomisierung und des sozialen und demografischen Wandels aus. Ein zentrales

Problem besteht in der ungleichen (geografischen) Verteilung der medizinischen Versorgung. Vor allem, aber nicht nur in ländlichen Gebieten und strukturschwachen Regionen (u. a. in den neuen Bundesländern) gibt es einen Mangel an ärztlichem Personal (und entsprechenden Ausbildungsmöglichkeiten), Fachkräften, Gesundheitsdiensten, Praxen und Krankenhäusern (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2022a; van den Berg, Fleßa & Hoffmann 2022). Die niedrige Dichte an medizinischen Einrichtungen führt zu längeren Wartezeiten auf Termine und Behandlungen und zu einer in Teilen nicht mehr gewährleisteten medizinischen Versorgung – speziell bei Fachärzt*innen wie etwa in der kinderärztlichen Versorgung (insbesondere von chronisch kranken Kindern; vgl. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2022). So erschweren auch weite Wege speziell Menschen mit eingeschränkter Mobilität (z. B. Ältere oder Menschen mit Behinderung) den Zugang zur Gesundheitsversorgung und führen zu sozialen Ungleichheiten (vgl. Rind, Reime & Weidmann 2022).

Ein damit zusammenhängendes Problem ist der grundsätzliche Personalmangel in der Pflege und teilweise auch in der ärztlichen Versorgung. In Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Einrichtungen fehlt es an qualifiziertem Personal, um den Bedarf der Patient*innen zu decken (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2022b). Ökonomische Rationalisierung, der hohe Arbeitsdruck und die Überlastung des vorhandenen Personals wirken sich negativ auf die Qualität der Behandlung bzw. Pflege und die Patient*innensicherheit aus. Die hohe Belastung der Arbeitskräfte kann, zum Beispiel durch Berufswechsel oder Burn-out-Erkrankungen des Personals, zu einem weiteren Mangel an Fachkräften führen (vgl. Deutsches Ärzteblatt 2022a; Hans-Böckler-Stiftung 2022).

An längeren Wartezeiten zeigen sich nicht zuletzt auch Mängel in der Versorgung mit psychotherapeutischer Behandlung, die sich durch die Corona-Krise weiter verschärft haben (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer [BPtK] 2021). Die empfohlene Höchstwartezeit auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch beträgt drei Wochen. Der Bundesdurchschnitt lag 2018 bei 5,7 Wochen (vgl. BPtK 2018). Im Jahr 2019 warteten „rund 40 Prozent der Patient*innen mindestens drei bis neun Monate auf den Beginn einer Behandlung, wenn zuvor in einer psychotherapeutischen Sprechstunde festgestellt wurde, dass sie psychisch krank sind und deshalb behandelt werden müssten. Damit wartet fast die Hälfte von psychisch kranken Menschen inakzeptabel lange auf eine notwendige Behandlung“ (BPtK 2021). Die Dringlichkeit wurde aktuell in einem Konzept der Bundespsychotherapeutenkammer zur Weiterentwicklung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung betont, das primär auf die Reduktion von Wartezeiten auf eine Psychotherapie in ländlichen und strukturschwachen Regionen und in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen abzielt (vgl. BPtK 2023). Auch die Interministerielle Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ hat sich intensiv mit der Reduzierung von Wartezeiten für psychotherapeutische Angebote befasst und Lösungsvorschläge erarbeitet (vgl. Interministerielle Arbeitsgruppe 2023).

Rassismus, Gesundheit und Gesellschaft

Allerdings findet Gesundheit in Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung in verschiedenen Gesellschafts- und Politikfeldern noch wenig Berücksichtigung. Vor allem die Verbindung zwischen strukturellen Lebensumständen und individuellen Ressourcen der Bevölkerung wird in diesem Kontext nur marginal adressiert. Verschiedene grundsätzliche soziale Ungleichheiten bei Gesundheitschancen bleiben damit unbeachtet (vgl. Gerlinger 2022). Die exemplarisch genannten strukturellen Probleme und rassistische Verhältnisse können sich gegenseitig befördern. Und auch über die Folgen der Ökonomisierung und über Krankenhauskontexte hinaus können bestehende Schwierigkeiten und Probleme rassistische Diskriminierung verstärken und von dieser verstärkt werden. So gilt es, über die allgemeinen Herausforderungen hinaus die Effekte und Dynamiken von Rassismus auf das deutsche Gesundheitssystem sowie die Gesundheitsversorgung der Betroffenen zu verstehen. Die Corona-Krise hat deutlich gemacht, dass sich in der Verteilung von Ressourcen und den entsprechenden Debatten in Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung soziale Verhältnisse widerspiegeln, die auch im Kontext von Rassismus eine Rolle spielen. Rassismus erzeugt und verschärft gesundheitliche Ungleichheiten in unserer Gesellschaft (vgl. Phelan & Link 2015; Williams, Lawrence & Davis 2019).

Rassismuserfahrungen und damit zusammenhängende sozioökonomische Bedingungen können Grund und Auslöser von Krankheitszuständen sein. Menschen, die von Rassismus betroffen sind, haben demnach ein höheres Risiko für gesundheitliche Belastungen und Erkrankungen (vgl. z. B. Brondolo et al. 2009; Brunnett 2016; Williams & Mohammed 2009). Dies ist besonders drastisch vor dem Hintergrund, dass rassistische Gesellschaftsverhältnisse zusätzlich dazu beitragen können, dass die Gesundheitsversorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen nicht immer – wie im UN-Sozialpakt vorgesehen – „angemessen, adäquat, erreichbar, bezahlbar und von ausreichender Qualität“ (Wendeborn 2021) ist. So können rassistische Gesellschaftsverhältnisse die Gesundheitsversorgung bestimmter Bevölkerungsgruppen einschränken. Sprache, Aufenthaltsstatus und rassistische Ausschlüsse, etwa aufgrund des Namens und Aussehens, beeinflussen beispielsweise den Zugang zu den Strukturen und Ressourcen des Gesundheitssystems. Der unterschiedliche Zugang zu symbolischen und materiellen Ressourcen kann damit als Folge und Indikator gesellschaftlicher und hiermit auch rassistischer Verhältnisse betrachtet werden. Die fortschreitende Ökonomisierung und damit verbundene strukturelle Bedingungen können zu einer Verstärkung von Diskriminierung und Rassismus führen und von diesen verstärkt werden (vgl. Schödwel et al. 2022). Ungleichheiten in der Gesundheitsbelastung und Gesundheitsversorgung führen zudem zu einer Abnahme der sozialen Zugehörigkeitswahrnehmungen und des Vertrauens in die gesellschaftlichen Institutionen (vgl. Schiefer & van der Noll 2017).

Bisher wurden gesundheitsbezogene Ungleichheiten im Kontext von Rassismus über die Kategorien „Migrationshintergrund“ und „Staatsangehörigkeit“ erfasst. Das Robert Koch-Institut (RKI) weist in seinem aktuellen Gesundheitsmonitoring-Bericht darauf hin, dass diese Kategorien nicht genügen, um gesundheitliche Ungleichheiten und die vielfältigen

Erfahrungen rassistisch markierter Personen im Gesundheitssystem zu erfassen (vgl. Kajokhina et al. 2023). Zudem regt das RKI dazu an, eine intersektionale Perspektive zugrunde zu legen. Diese beiden Leerstellen werden in diesem Monitoringbericht adressiert.

Rassismus und Medizin – historische Kontinuitäten

Medizinisches und biologisches Wissen sowie entsprechende Praktiken dienten als Grundlage und Legitimation kolonialrassistischer und nationalsozialistischer Unterdrückungs- und Vernichtungspolitiken (vgl. etwa Bauche 2017; Eckart 1997; Jütte et al. 2011; Weindling 1989). Die medizinhistorische Forschung zeigt, wie rassistische Ideologien bis in die medizinischen Wissenschaften reichten, um zwischen lebenswerten und nicht lebenswerten Existenzen zu unterscheiden. Seit Mitte des 19. Jahrhunderts befasste sich die Eugenik mit der Frage nach selektiven Genanlagen, ein umtriebiger transatlantischer Wissenschaftsbetrieb, von dem die internationalen Eugenik-Konferenzen zwischen 1912 und 1932 zeugen. Diese Konferenzen zielten darauf ab, die „perfekte menschliche Rasse“ herstellen zu können, und verwissenschaftlichten die rassistische Ideologie von menschlichen „Rassen“ (vgl. Kühl 2014; Mitchell & Snyder 2003). Diese Wissensarchive wirken auch heute noch in der Kategorisierung und Rassifizierung von Menschen nach (vgl. Nguyen & Puhmann 2023: 171).

Die (Lebens-)Wissenschaften und mit ihnen die Medizin trugen seit dem 18. Jahrhundert durch die systematische Vermittlung von rassistischen Wissensbeständen und -praktiken nicht nur dazu bei, rassistische Verhältnisse gesellschaftlich zu etablieren und zu legitimieren, etwa über die „Rassenanthropologie“ oder „Rassenlehre“. Sie wurden durch diese Verhältnisse auch selbst in ihrer eigenen Professionalisierung und Expansion bestärkt, indem medizinischem Wissen etwa besondere politische Relevanz zukam (vgl. Bauche 2017; Foucault 2020; Plümecke 2014: 69–71). In seinem direkten Bezug zum Menschen und seiner wissenschaftsnahen Anwendungsbezogenheit war und ist medizinisches Wissen unmittelbar daran beteiligt, körperliche Normen³⁶ zu definieren. Umso unbemerkter mündeten dezidiert rassistische (Körper-)Diskurse, die durch Medizin und Lebenswissenschaften maßgeblich mitbegründet wurden, in gegenwärtige Vorstellungen und Normmodelle (z. B. männliche Patienten oder helle Hauttypen als Standard), die heute in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens Anwendung finden. So hatte die Medizin Anteil daran, „die konstitutive Verwobenheit biologischer und sozialer Dimensionen mittels der Behauptung eines natürlichen Unterschieds zur biologischen Seite hin aufzu-

³⁶ Zu Normen siehe auch FN 6.

lösen“ (Plümecke 2014: 20). Die noch heute geläufige Verwendung des „Rasse“-Begriffs³⁷ als biologisches Konzept in den (internationalen) Medizin-Wissenschaften, aber zuweilen auch in der ärztlichen Ausbildung in Deutschland (siehe Kapitel II.5) ist ein deutliches Beispiel hierfür (vgl. Malinowska & Żuradzki 2023). Aktuell stellt sich so auch die Herausforderung, die Kontinuitäten und das Wiedererstarken biologistisch-rassistischer Kategorisierungen und Essentialisierungen menschlicher Körper in humangenetischen, technologisierten Entwicklungen der Gegenwart und Zukunft zu beobachten (vgl. Nguyen & Puhmann 2023: 171).

Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung

Die Bereiche des Gesundheitswesens³⁸ sind vielfältig und nicht auf die Medizin beschränkt: von politischen Voraussetzungen und Gesetzgebungen über das Versicherungssystem und öffentliche Gesundheitsdienste bis hin zu NGOs und Beratungsstellen. Insgesamt lassen sich diese Bereiche innerhalb eines Dreiecksverhältnisses strukturieren: *Leistungsempfänger*innen* (Bevölkerung bzw. Patient*innen), *Leistungserbringer*innen* wie Beratungsstellen, Krankenhäuser und Ärzt*innenschaft, *Leistungsträger*innen* wie Staat und Krankenkassen. Alle drei Seiten finden an verschiedenen Stellen der NaDiRa-Studien, deren Ergebnisse in diesem Bericht dargestellt sind, Beachtung, wobei die unmittelbaren Versorgungskontexte von medizinischen Praxen und Krankenhäusern im Vordergrund stehen. Da Gesundheit und Krankheit von einer Vielzahl an sozialen und biologischen Faktoren abhängig sind, untersucht das Team des NaDiRa nicht nur Kontexte des öffentlichen Gesundheitswesens, sondern auch die direkten und indirekten Auswirkungen von Rassismus auf die Gesundheit betroffener Personen selbst.

Der Bereich der Gesundheitsversorgung ist durch soziale und gar existenzielle Abhängigkeitsverhältnisse, Machtasymmetrien (z. B. Ärzt*innen-Patient*innen-Verhältnis) und besondere Vulnerabilität der Leistungsempfänger*innen (Patient*innen) geprägt. Speziell im Zusammenhang mit rassistischer Diskriminierung ist der Aspekt der Vulnerabilität wichtig, denn rassistisch markierte Patient*innen sind oft doppelt vulnerabel: potenziell

³⁷ Menschliche „Rassen“ im biologischen Sinn existieren nicht. Der biologistische „Rasse“-Begriff ist schon lange wissenschaftlich diskreditiert. Der Begriff wird in Deutschland, in Abkehr von der in den nationalsozialistischen „Nürnberger Rassengesetzen“ kulminierenden „Rassenlehre“, in der Regel nicht mehr verwendet und ist mit einem starken Tabu belegt. Dennoch taucht das Wort noch als Rechtsbegriff in Diskriminierungsverboten wie Artikel 3 (3) Grundgesetz auf. Im englischsprachigen Raum gibt es eine Tradition, die versucht, den Begriff *race* jenseits biologistischer Vorstellungen neu zu besetzen. So wird *race* in diesen Kontexten als unerlässlich zur Analyse rassistischer Unterdrückungssysteme sowie emanzipatorischer Bewegungen angesehen. *Race* und insbesondere *racial consciousness*, also der Prozess, in dem Menschen sich ihrer Rassifizierung und Diskriminierung politisch bewusst werden, können so zur Grundlage für Widerstandspraktiken gegen Rassismus werden. Siehe dazu auch FN 5.

³⁸ „Gesundheitswesen“ meint hier ein übergeordnetes politisches Handlungsfeld, das sich auf Fragen der Versorgungsqualität und der Versorgungsgerechtigkeit, der Wirtschaftlichkeit, Bedarfsplanung, Ausbildungssteuerung oder Innovationsentwicklung bezieht (vgl. BMG 2023). „Gesundheitsversorgung“ bezeichnet hier hingegen die teilweise daraus resultierenden unmittelbaren (meist alltagspraktischen) Kontexte der Versorgung wie Gesundheitseinrichtungen, -produkte und -dienstleistungen (z. B. Krankenhäuser, Medizintechnik oder medizinische Behandlungen).

von Rassismus betroffen *und* auf eine adäquate Versorgung angewiesen. Letztere kann in einigen Fällen unmittelbar über Leben und Tod entscheiden, während sie mitunter ein knappes Gut darstellt und oft unter großem Zeitdruck und hoher Arbeitsbelastung des Gesundheitspersonals vonstattengehen muss.

International werden Ungleichheiten bezüglich Gesundheit und Gesundheitsversorgung seit Jahrzehnten im Kontext von institutionellem Rassismus betrachtet (vgl. Jones, C. P. 2000). In Deutschland sind ausführlichere Auseinandersetzungen mit institutionellem Rassismus bisher vor allem im Bereich der Bildungsinstitutionen auszumachen (z. B. Gomolla & Radtke 2009; Heinemann & Mecheril 2016; Karakayalı & Heller 2022). Die internationale Public-Health-Forschung gibt für die Analyse (institutionalisierter) rassistischer Ungleichheiten im Gesundheitswesen und bei Gesundheitsindikatoren unterschiedliche Modelle an die Hand, jedoch meist mit Betonung auf der Verschränkung verschiedener Ebenen (zu institutionellem Rassismus siehe auch Infobox [Analyseebenen des Rassismus](#)). So gliedern zum Beispiel Nazroo, Bhui und Rhodes (2020) die Ebenen in strukturellen, institutionellen und interpersonellen Rassismus, während der Ansatz von C. P. Jones (2000) die Verbindung von interpersonellem, institutionellem und internalisiertem Rassismus hervorhebt. Die Analysen des NaDiRa beziehen alle diese Ebenen und ihre Verschränkungen an verschiedenen Stellen mit ein, um die Mechanismen der Reproduktion, Legitimierung und Aufrechterhaltung von Rassismus in der Gesundheitsversorgung sowie das Ausmaß der Verbindung von Rassismuserfahrungen und Gesundheit zu untersuchen.

Forschungsstand: Rassismus, Gesundheit und Gesundheitsversorgung

Der Nationale Diskriminierungs- und Rassismusmonitor untersucht einerseits Bereiche der Gesundheitsversorgung, andererseits die unmittelbaren Auswirkungen von Diskriminierung und Rassismus auf die Gesundheit der betroffenen Personen und die daraus resultierenden gruppenbezogenen Ungleichheiten. *Gesundheit* und *Gesundheitsversorgung* sind gesellschaftlich auch eng miteinander verknüpft. Dabei liegt Gesundheit in einer individualisierten und pluralistischen Gesellschaft nicht zwangsläufig ein einheitliches Konzept zugrunde. In der Forschung wird beispielsweise unterschieden zwischen den Dimensionen der „Objektivität“ (naturwissenschaftlich-medizinische Herangehensweise), „Subjektivität“ (individuelle Wahrnehmungen) und „Relationalität“ (soziale oder biologische Kontextualisierung) (vgl. Lenk 2011: 68–70). Die NaDiRa-Studien beziehen sich an verschiedenen Stellen auf all diese Aspekte, mit unterschiedlicher Gewichtung, und bringen sie mit verschiedenen Lebens- und Gesellschaftsumständen in Verbindung. Im Gegensatz zu Gesundheit bezeichnet Gesundheitsversorgung konkrete Kontexte wie Gesundheitseinrichtungen, -produkte und -dienstleistungen. Sie formen in ihrer Summe lediglich einen (institutionalisierten) Teilbereich der sozialen Auseinandersetzung mit Gesundheit und Krankheit. In diesem Sinne bildet die Gesundheitsversorgung in der Wissenschaft einen eigenen Forschungsgegenstand. Daher ist es notwendig, zwischen

Gesundheit sowie dem Zugang zur und der Qualität der Gesundheitsversorgung zu unterscheiden. Dieser Unterscheidung folgt auch der nachfolgende kurze Abriss des bisherigen Forschungsstandes.

Rassismus und Gesundheit

Zur Frage, wie Rassismus und Gesundheit zusammenhängen, liegt mittlerweile eine Reihe von Studien vor. Internationale Arbeiten, die größtenteils aus dem anglofonen Raum kommen, belegen, dass Rassismus die durchschnittliche Lebenserwartung betroffener Personen verringert, da er das psychische wie auch körperliche Wohlbefinden beeinträchtigen kann und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, wie beispielsweise Rauchen und Substanzmissbrauch, fördert (vgl. Arora, Coker & Gillam 2001; Cassidy et al. 2004; Gee et al. 2009; Gee et al. 2006; Nestel 2012; Priest & Williams 2018; Williams, Lawrence & Davis 2019; Gibbons et al. 2010; Hurd et al. 2014). Zudem weisen Studien darauf hin, dass Rassismuserfahrungen mit einem erhöhten Risiko für etwa Herzerkrankungen, Bluthochdruck und Diabetes einhergehen (vgl. Brondolo et al. 2011; Cuffee, Hargraves & Allison 2012; Dolezsar et al. 2014; Krieger 2014; Wyatt et al. 2003).

Um nachzuzeichnen, wie Rassismus zu gesundheitlichen Ungleichheiten in der Gesellschaft beiträgt, hat sich in der Forschung die Unterscheidung zwischen direkten und indirekten Wirkungsweisen durchgesetzt. Zunächst wirkt sich Rassismus direkt auf die Gesundheit von betroffenen Personen aus, da sich rassistische Ungleichbehandlungen unmittelbar auf rassistisch markierte Menschen und Gruppen niederschlagen. Betroffene internalisieren rassistische Werte und Vorurteile, was gravierende Folgen für den eigenen Selbstwert und die psychische Gesundheit haben kann (vgl. David, Schroeder & Fernandez 2019; Gale et al. 2020; James 2021; Lazaridou et al. 2022). Ein weiterer Erklärungsansatz bezieht sich auf die Folgen eines erhöhten Stressempfindens bei betroffenen Personen (vgl. Meyer, I. H. 2003). Eine andauernde Konfrontation mit externen Stressoren (hier: Rassismuserfahrungen) führt somit nicht nur zu Gefühlen der Traurigkeit, Hilflosigkeit und der Angst davor, diese bewältigen zu müssen (vgl. Wilson & Gentzler 2021; Winters 2021). Wiederholte rassistische Erfahrungen können zudem eine Hyperaktivität des kardiovaskulären Organismus verursachen (vgl. Geronimus 1992; Geronimus et al. 1996; McEwen & Seeman 1999), was die Entwicklung psychischer Erkrankungen begünstigt (vgl. Lei et al. 2022). Stresstheoretischen Ansätzen zufolge stellt Rassismus somit einen entscheidenden Risikofaktor für das Entstehen von depressiven Symptomen (vgl. Madubuko 2011; Schunck, Reiss & Razum 2015), Angstsymptomen (vgl. Cuevas et al. 2021) und psychosozialer Belastung (Gefühle von Traurigkeit und Hilflosigkeit) dar (vgl. Kaholokula et al. 2017).

Rassismus wirkt sich jedoch nicht bloß als Erfahrung unmittelbar auf die Gesundheit der Betroffenen aus, sondern beeinträchtigt diese ebenfalls über einen indirekten Wirkungsweg. Rassismus hängt eng mit der Erzeugung und Reproduktion von sozioökonomischen Ungleichheiten zusammen, die das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheiten in der Ge-

sellschaft wesentlich bestimmen (vgl. Link & Phelan 1995). Anders formuliert bewirkt Rassismus, dass zentrale Lebensbedingungen und die mit ihnen verbundenen Gesundheitschancen einer ungleichen Ressourcenverteilung in der Gesellschaft unterliegen. Hierzu zählen beispielsweise die Verfügbarkeit von gesunden Lebensmitteln, die Möglichkeit, einen gesunden Lebensstil zu führen, Wissen über Gesundheit, vernünftige Arbeits- und Wohnbedingungen oder der Zugang zur Gesundheitsversorgung (vgl. Ituen & Hey 2021; Morello-Frosch & Lopez 2006; White & Borrell 2011; siehe auch Kapitel [II.3](#)).

Im Vergleich zur Forschung in den USA, dem Vereinigten Königreich, Australien und Neuseeland besteht im deutschsprachigen Raum noch erheblicher Nachholbedarf zum Themenfeld Rassismus und Gesundheit. Dies mag nicht zuletzt daran liegen, dass Rassismus als Begriff lange Zeit in der Forschung vermieden und erst kürzlich als Analysegegenstand in wissenschaftlichen Untersuchungen anerkannt wurde. Der Forschungsstand zum Themenkomplex Rassismus und Gesundheit in Deutschland weist mehrere Probleme auf: Zwar existieren im Rahmen der gesundheitsbezogenen Migrationsforschung Studien, die sich mit den Lebenslagen von Migrant*innen in Deutschland auseinandersetzen. Formen der rassistischen Diskriminierung und Ausgrenzung werden jedoch nur am Rande als erklärende Variablen gesundheitlicher Unterschiede herangezogen und die Forschungsakzente eher auf die besondere Situation des oder der Migrant*in als Eingewanderte*r gelegt (vgl. Spallek & Razum 2016). Diese eng an den Migrationsprozess geknüpfte Sichtweise läuft Gefahr, die festgestellten Unterschiede zu sehr entlang einer „kulturalistischen“ Interpretationsweise zu verhandeln: Gesundheitliche Ungleichheiten werden so vor allem auf „kulturelle“ Unterschiede und die dazugehörigen spezifischen Lebensweisen und Mentalitäten zurückgeführt (vgl. Yeboah 2017). Dieser Erklärungsansatz befördert rassistische Kategorisierungen und droht, bestehende Strukturen auszublenken, anstatt sie als gesundheitsgefährdende Faktoren zu problematisieren (vgl. Velho 2010). Mittlerweile existieren einige quantitativ ausgerichtete Arbeiten, die versuchen, die Auswirkungen von (rassistischer) Diskriminierung auf die (subjektive) Gesundheit mit den Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zu analysieren (vgl. Beigang et al. 2017; Igel, Brähler & Grande 2010). Sie bleiben jedoch beschränkt, weil Diskriminierung und Gesundheit jeweils recht eindimensional erhoben wurden und vor allem weil die Zugehörigkeit zu rassistisch markierten Gruppen nicht zufriedenstellend über die verwendeten Kategorien des Migrationshintergrunds oder den noch gröberen Proxy der (nicht-deutschen) Staatsbürgerschaft (vgl. Bartig et al. 2023) gemessen werden kann.

Auch wenn Perspektiven auf die gesundheitlichen Auswirkungen von Rassismus in Deutschland an Bedeutung gewonnen haben (vgl. Kluge et al. 2020), liegen aktuell noch keine Arbeiten vor, die sich dem Zusammenhang zwischen Rassismus und Gesundheit systematisch annähern. Die wenigen bestehenden Studien weisen allerdings darauf hin, dass sich die Erkenntnisse aus dem englischsprachigen Raum auch hier in Teilen reproduzieren lassen (z. B. bezüglich der erhöhten Corona-Exposition von rassistisch markierten Gruppen; vgl. Kajikhina et al. 2023).

Rassismus und Gesundheitsversorgung

Grundsätzlich zeigt die Forschung, dass unterschiedliche institutionelle Ordnungen im Gesundheitswesen soziale Ungleichheiten in der Versorgung maßgeblich mit beeinflussen können (vgl. Kringos et al. 2013). Durch Rassismus hervorbrachte Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung können sich in anderem Zugang, unterschiedlicher Nutzung gesundheitsbezogener Maßnahmen und Einrichtungen sowie abweichender Behandlungsqualität äußern (vgl. Elias & Paradies 2021; Jones, C. P. 2000; Wendeborn 2021). Dabei zeigt ein 2022 durchgeführtes Review, dass die US-amerikanische Forschung zu Rassismus in der Gesundheitsversorgung überwiegt (vgl. Hamed et al. 2022). Studien aus dem angloamerikanischen Sprachraum belegen, dass Rassismus in unterschiedlichen Gesundheitssektoren vorkommt und sich in Interaktionen zwischen verschiedenen Akteur*innen (z. B. Patient*innen, Ärzt*innen, Pflegepersonal) wiederfindet (vgl. Bastos, Harnois & Paradies 2018; Mahabir et al. 2021; Mateo & Williams 2021). Dabei kommt die Mehrheit dieser Arbeiten zu dem Schluss, dass Diskriminierung im Gesundheitswesen nicht bloß zur Aufrechterhaltung und Verstärkung gesundheitlicher Ungleichheiten beiträgt (vgl. van Ryn et al. 2011), sondern auch nachhaltig beeinflusst, wie Betroffene Versorgungsangebote in Anspruch nehmen, welches Vertrauen sie dem Gesundheitssystem insgesamt entgegenbringen und in welchen Mustern sie mit der Gesundheitsversorgung interagieren (vgl. Adegbenbo, Tomar & Logan 2006; Hall, W. J. et al. 2015; Maina et al. 2018; van Ryn et al. 2011; Ben et al. 2017; Paradies, Truong & Priest 2014; van Houtven et al. 2005; Williams & Mohammed 2009).

In Europa und speziell in Deutschland besteht diesbezüglich ein grundlegender Forschungsbedarf (vgl. Hamed et al. 2022). Die wenigen Studien aus dem europäischen Ausland, hauptsächlich aus Großbritannien und Schweden, zeigen, dass Rassismus im Gesundheitswesen auch dort ein Problem darstellt (vgl. Hamed et al. 2020, auch mit Bezug auf Deutschland; Cortis 2000; Hamed et al. 2022; Kang, C., Tomkow & Farrington 2019). Im oben angeführten Review wird zudem kritisiert: „Die Forschung zu Rassismus im Gesundheitswesen ist hauptsächlich beschreibend, nicht theoriegeleitet, verwendet Kategorien unkritisch und tendiert dazu, Rassifizierungsprozesse zu ignorieren, wodurch es schwierig wird, Rassismus überhaupt zu konzeptualisieren.“ (Hamed et al. 2022; eigene Übersetzung)

Einerseits sind die oben genannten Erkenntnisse und Verbindungslinien zu einem gewissen Maß auf den deutschen Kontext übertragbar (vgl. z. B. zu Prozessen der Rassifizierung Terkessidis 2004, zu historischen (post-)kolonialen Wissensbeständen Bauche 2017, zu rassistischen Handlungsnormen Gerlach et al. 2008), andererseits sind die vorhandenen Besonderheiten (z. B. bezüglich institutioneller Gesundheitsversorgung, rassistisch markierter Gruppen oder rechtlicher und historischer Bezüge) weitestgehend unerforscht. Internationale Studien können somit vor allem als Ausgangspunkt für Forschungsfragen dienen, die sich den jeweiligen Eigenheiten der Phänomene in Deutschland empirisch annähern und für Evidenz sorgen.

Vereinzelte in den vergangenen Jahren entstandene Forschungsansätze weisen auf die mangelnde Auseinandersetzung mit Rassismus und Diskriminierung in der psychischen Gesundheitsversorgung und psychotherapeutischen Praxis hin (vgl. Kluge et al. 2020; Sequeira 2015; Velho 2011; Yeboah 2017). Studien, die qualitative Daten über die Rassismuserfahrungen von Schwarzen Patient*innen, Patient*innen „mit Migrationshintergrund“ und die Perspektive von „weißen Hausärztinnen“ auf den Umgang mit diesen Patient*innengruppen erhoben haben, geben schlaglichtartige Einblicke in das Themenfeld Rassismus in der Gesundheitsversorgung (vgl. Gerlach & Abholz 2009; Gerlach et al. 2012; Gerlach, Becker & Abholz 2008; Gerlach et al. 2008). Die befragten Personen berichten von Respektlosigkeit und davon, dass sie nicht als vollwertige Gesprächspartner*innen (an-)erkannt, sondern als „anders“ wahrgenommen werden (vgl. Gerlach et al. 2012; Gerlach, Becker & Abholz 2008). Auf der anderen Seite zeigten sich bei den medizinischen Fachkräften widersprüchliches Verhalten, Abwertung und geäußertes Distanz-erleben gegenüber den Patient*innen (vgl. Gerlach et al. 2008) sowie Zuschreibungen von kollektiven Eigenschaften (z. B. Schmerztoleranz). Diese Zuschreibungen können mit Fehldiagnosen oder Verzögerungen in der Behandlung einhergehen (vgl. Aikins, M. A. et al. 2021; Gerlach, Becker & Abholz 2008; Hamed et al. 2020). Darüber hinaus bietet der *Afrozensus* eine erste systematische Erhebung zu anti-Schwarzem Rassismus im Gesundheitswesen aus Sicht von Community-Mitgliedern – und zwar im Hinblick auf die Erfahrungen von Schwarzen Patient*innen und von Schwarzem Gesundheitspersonal (vgl. Aikins, M. A. et al. 2021).

Andere Studien fokussieren diskriminierende strukturelle Verhältnisse in der Gesundheitsversorgung von Asylbewerber*innen. So gibt es Untersuchungen zu Einschränkungen der Gesundheitsleistungen durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), ohne jedoch Rassismus explizit zu benennen (vgl. Gottlieb & Schülle 2021). Weitere Analysen konzeptualisieren diese Einschränkungen als systematische Marginalisierung und soziale Exklusion (Othering) (vgl. Bozorgmehr & Razum 2015).

Erste Erkenntnisse darüber, wie ökonomische und organisationale Strukturen (z. B. Zeitmangel und Personalknappheit) zur Reproduktion und Aufrechterhaltung von Rassismus im Gesundheitssektor beitragen, liefert eine aktuelle Publikation von Schödwell et al. (2022). Sie verweist darauf, „dass die ökonomischen Rahmenbedingungen der Krankenhausversorgung, insbesondere das DRG-System, und die fehlende Kostenübernahme von Sprachmittlung [...] bestehende Strukturen von Diskriminierung und Rassismus verstärken (können)“³⁹ (ebd.).

Da kaum Daten zur Verfügung stehen, ist die quantitative Forschungslage zu Rassismus im Gesundheitswesen dünn. Doch deuten vereinzelte Studien darauf hin, dass durchaus Versorgungsungleichheiten zwischen rassistisch markierten bzw. nicht markierten Perso-

³⁹ DRG steht für Diagnosis Related Groups und wird von den Autor*innen so beschrieben: „Das DRG-System ist ein pauschalisierendes Abrechnungssystem nach diagnosebezogenen Fallgruppen für stationäre Krankenhausbehandlungen.“ (Schödwell et al. 2022)

nen und Gruppen bestehen. Eine während der Corona-Pandemie veröffentlichte Studie konnte anhand von amtlichen Sterbestatistiken zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, an einer Covid-19-Infektion zu versterben, bei Ausländer*innen höher liegt als bei Personen, die die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen (vgl. Plümecke, Supik & Will 2021). Hinweise liefern ebenso Ergebnisse aus der Fluchtforschung, laut denen Geflüchtete nicht nur hohe Prävalenzen von Depressions- und Angstsymptomen aufweisen, sondern zugleich signifikant weniger primär- und hausärztliche Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen (vgl. Biddle et al. 2021). Untersuchungen zur Versorgungssituation von krankenversicherten Migrant*innen zeigen zudem, dass Personen mit Migrationsgeschichte seltener medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, wenngleich die Ergebnisse bei den untersuchten Versorgungsbereichen und den ausgewählten migrantischen Subpopulationen variieren (vgl. Klein & Knesebeck 2018).

Dass Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen keinen Ausnahmefall darstellen, dokumentieren erste Betroffenenbefragungen (vgl. Beigang et al. 2017) wie auch Beratungsanfragen bei Antidiskriminierungsstellen in Deutschland. Laut Auswertung der Beratungsfälle zählen Beleidigungen, Benachteiligungen und die Verweigerung der Behandlung aufgrund unzureichender Sprachkenntnisse zu den häufigsten Diskriminierungsbeispielen (vgl. Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2017, 2020). Dass Diskriminierungserfahrungen innerhalb der medizinischen Versorgung verbreitet sind, legen weitere Studien nahe, die zu dem Ergebnis kommen, dass herkunftsbedingte Rassismuserfahrungen die Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und den Zugang zur Versorgung beeinträchtigen (vgl. Bermejo et al. 2012; Brzoska et al. 2010; Schwarz et al. 2012).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bislang nicht systematisch erforscht worden ist, inwiefern rassistisches Wissen sich zum Beispiel in Form von Voreingenommenheit, Vorurteilen und Stereotypen beim Gesundheitspersonal manifestiert und das alltägliche Handeln in der Gesundheitsversorgung prägt. Es fehlt auch an Studien, die Rassismuserfahrungen aus der Perspektive der Betroffenen – unter Berücksichtigung verschiedener Formen von Rassismus (z. B. Rassismus gegen Sinti*zze und Rom*nja, anti-Schwarzer, antimuslimischer, antislawischer, antiasiatischer Rassismus) – in den einzelnen Versorgungsbereichen des Gesundheitssystems betrachten. Insgesamt bedarf es einer systematischen Erforschung, inwiefern (institutioneller) Rassismus dem gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitssystem und einer adäquaten medizinischen Versorgung entgegensteht.

1.



**Rassismus,
Diskriminierung
und Gesundheit:**

**Erste empirische
Befunde aus dem
NaDiRa.panel**



1.1 Forschungsdesign: Vorgehen und Konzepte

Um auch für Deutschland veranschaulichen zu können, welche Folgen Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von Betroffenen haben können, werden nachfolgend erste Ergebnisse aus dem NaDiRa.panel vorgestellt. Wie vom Robert Koch-Institut bereits aufgezeigt (vgl. Hövener & Wieler 2023), fehlt es in Deutschland an umfassenden intersektionalen Untersuchungen zu Gesundheit und Gesundheitsungleichheiten, insbesondere unter Berücksichtigung rassistisch markierter Personen. Daher wird an dieser Stelle ein erster, systematischer Überblick zum Gesundheitszustand von rassistisch markierten und nicht markierten Bevölkerungsgruppen mithilfe der Welle 0 des NaDiRa.paneels präsentiert (zum Begriff des rassistisch Markierten siehe Infobox [Terminologie und Sprache](#), zur Klassifikation in der Erhebung siehe Kapitel [Forschungszugang und Methodik](#)). Dabei wird auf eine subjektive Messung des eigenen Gesundheitszustands sowie auf eine etablierte Skala zur Erfassung von depressiven Symptomen zurückgegriffen. Die Frage nach der Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit (*self-rated health*) hat sich als guter Indikator für die objektive Gesundheit erwiesen (vgl. Palladino et al. 2016; Wuorela et al. 2020) und wird in den meisten großen Gesundheitsstudien als Standard verwendet (vgl. Wachtler, Hoebel & Lampert 2019; Moor et al. 2018). So wurden auch die Befragten im NaDiRa.panel gebeten, ihren **Gesundheitszustand** zu bewerten:

- Die Befragten sollten ihren **Gesundheitszustand** auf einer fünfstufigen Skala einschätzen, die von „sehr gut“ und „gut“ zu „mittelmäßig“, „schlecht“ und „sehr schlecht“ reicht. Dadurch ergeben sich Werte auf der Gesundheitsskala von 0–4, wobei höhere Werte für eine bessere Gesundheit stehen.
- Zusätzlich wurden Daten zur **psychischen Gesundheit** mit der etablierten PHQ-4-Skala erhoben (vgl. Kroenke et al. 2009). Diese besteht aus vier einzelnen Frage-Items, wobei zwei Items Angstsymptome (Häufigkeit von „Nervosität, Ängstlichkeit oder Spannung“ und „Sorgen nicht stoppen oder kontrollieren können“) und zwei Items depressive Symptomatik (Häufigkeit von „wenig Interesse oder Freude an Tätigkeiten“ und „Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit“) in den letzten zwei Wochen erheben. Die Häufigkeit wurde ebenfalls auf einer fünfstufigen Skala mit den Antwortmöglichkeiten „täglich“, „beinahe jeden Tag“, „an mehr als der Hälfte der Tage“, „an einzelnen Tagen“ und „überhaupt nicht“ erfasst. Die Messungen wurden so aufbereitet⁴⁰, dass die Gesamtskala aus allen vier Items einen Wertebereich von 0–12 besitzt und steigende Werte für eine höhere Angst- und depressive Symptomatik stehen.
- **Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen** wurden mittels sieben verschiedener Fragen zu Situationsbeschreibungen erhoben, die in

⁴⁰ Die beiden Antwortkategorien „täglich“ und „beinahe jeden Tag“ wurden zu einer Kategorie zusammengefasst.



Kapitel [1.1](#) bereits eingeführt wurden. Dort wurden die Befragten gebeten, anzugeben, wie häufig sie die folgenden Dinge in ihrem Alltag erleben:

- „Sie erhalten schlechteren Service als andere“
- „Sie werden mit weniger Respekt behandelt als andere“
- „Jemand verhält sich so, als würde sie/er Sie nicht ernst nehmen“
- „Jemand verhält sich so, als habe sie/er Angst vor Ihnen“
- „Sie werden bedroht/belästigt“
- „Sie werden beschimpft/beleidigt“
- „Sie werden körperlich angegriffen“

Die zusammengefassten Antwortkategorien lauteten: „nie“, „manchmal“ (seltener/mehrmals im Jahr) und „oft“ (mindestens einmal im Monat, mindestens einmal in der Woche/täglich). Die jeweiligen Antworten wurden für die folgenden Analysen zusammengeführt, sodass sie einer Skala entsprechen, die von 0–14 reicht. Wenn beispielsweise eine Person auf alle sieben Fragen mit „manchmal“ geantwortet hat, so wird ihr der Wert 7 zugewiesen. Wenn die befragte Person jedoch alle Fragen mit „oft“ beantwortet hat, bekommt sie den Wert 14. Eine Person, die etwa „oft“ schlechteren Service erhält, der „selten“ mit Angst begegnet wird und die sonst keine der oben aufgelisteten Erfahrungen macht, erhält den Wert 3. Ein höherer Skalenwert zeigt somit an, dass die Person nicht nur auf verschiedene Weise Diskriminierung erlebt, sondern diese Erfahrung zudem häufiger vorkommt.⁴¹ Da die Aussagen über die Alltagserfahrungen offen formuliert wurden, können verschiedene Formen von Diskriminierung und Rassismus darunter verstanden werden. Somit zielte diese Untersuchung nicht nur auf die Messung von Diskriminierungserfahrungen ab, die rassistisch markierte Personen betreffen, sondern auch auf die Messung von beispielsweise geschlechtsbasierten Diskriminierungsformen.

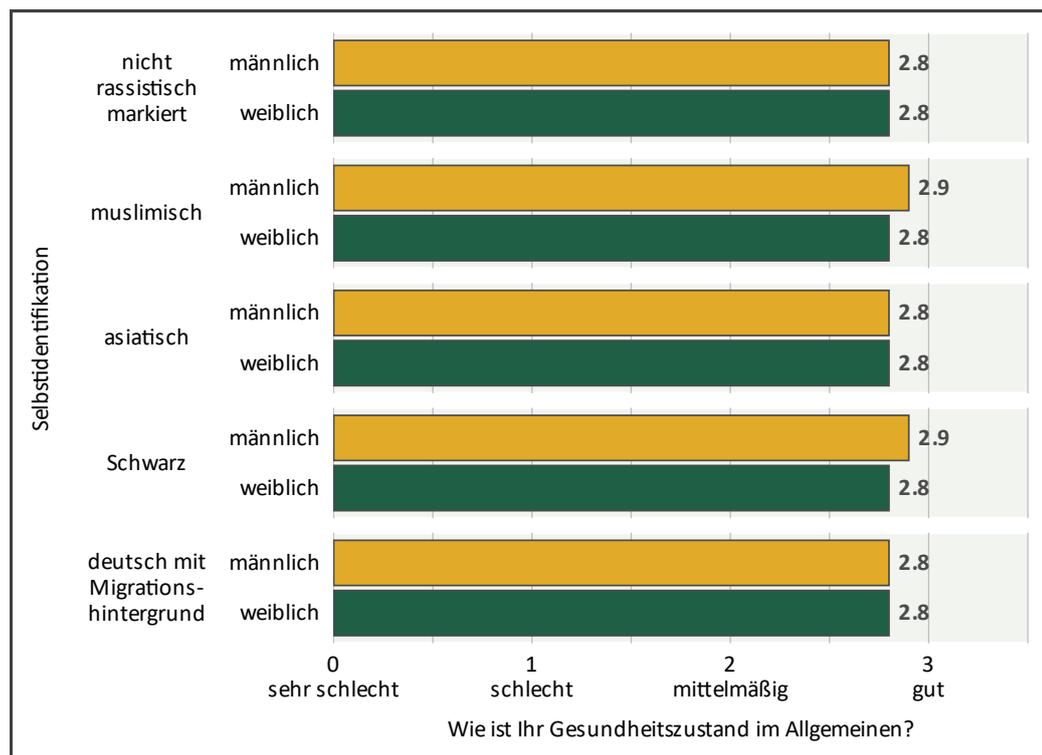
1.2 Selbst eingeschätzte Gesundheit

Im ersten Schritt wurden Differenzen in der selbst eingeschätzten Gesundheit und deren Zusammenhang mit Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen untersucht. [Abbildung 13](#) gibt einen Überblick über den durchschnittlichen Gesundheitszustand in den jeweiligen Gruppen, die nach der Selbstidentifikation und dem Geschlecht der Befragten eingeteilt wurden. Der Vergleich zwischen nicht rassistisch markierten Personen und jenen, die sich einer rassistisch markierten Gruppe zuordnen oder sich selbst als deutsch mit Migrationshintergrund bezeichnen, zeigt keine statistisch signifikanten Unterschiede (für die Verwendung der Konzepte „Selbstidentifikation“ und „Migrationshintergrund“ siehe Kapitel [Forschungszugang und Methodik](#)). Konkret erreichen die Mittelwerte in allen Gruppen knapp 3 Punkte. Inhaltlich bedeutet dies, dass alle Gruppen im

⁴¹ Eine Faktorenanalyse hat ergeben, dass alle sieben Items auf einem Faktor laden (Eigenvalue 3.05).

Durchschnitt ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut einschätzen. Zu beachten ist dabei, dass es sich um Bruttowerte handelt, das heißt, die Ergebnisse beziehen sich auf Gruppendifferenzen ohne die Berücksichtigung weiterer Merkmale wie Alter.

Abbildung 13. Selbst eingeschätzte Gesundheit (0–4), differenziert nach Selbstidentifikation und Geschlecht (Mittelwerte)



Lesebeispiel: Muslimische Männer geben im Durchschnitt den Wert 2,9 auf der Skala der selbst eingeschätzten Gesundheit an. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. N = 15.721

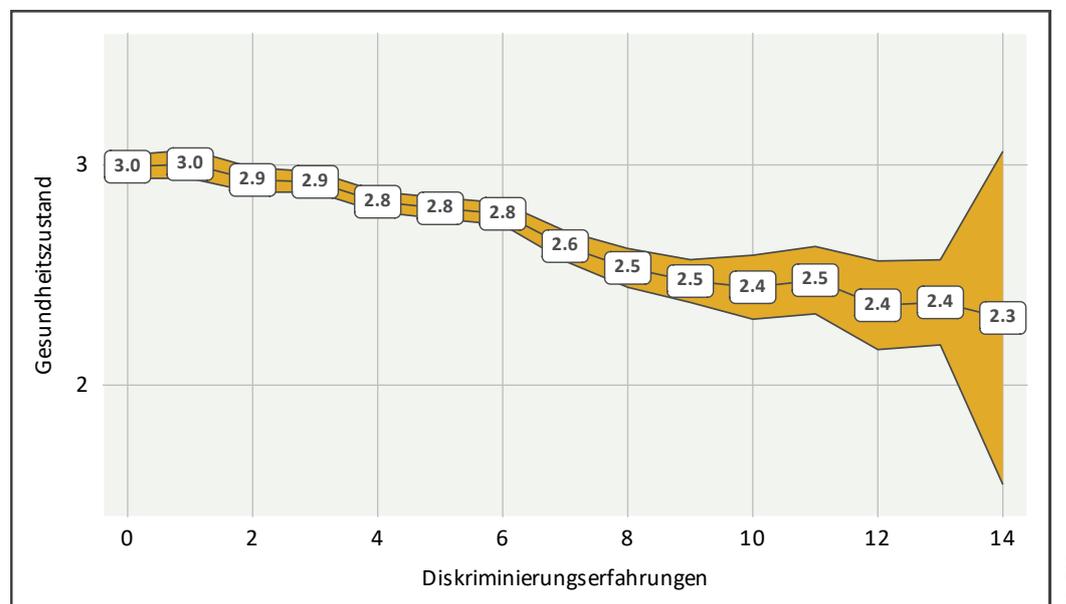
Bei der Einschätzung des Gesundheitszustands zeigen sich keine Gruppen- oder Geschlechterunterschiede.

Lässt sich aus dem Befund, dass es keine Gruppenunterschiede im allgemeinen Gesundheitszustand gibt, schlussfolgern, dass Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen keinen Effekt auf die Gesundheit haben? Um diese Frage zu beantworten, wird im nächsten Schritt der Zusammenhang zwischen den Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen und dem allgemeinen Gesundheitszustand betrachtet. Generell kann, unter Kontrolle des Alters und der Bildung, ein fast linearer Zusammenhang festgestellt werden ([Abbildung 14](#)): Mit häufigeren Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen wird die eigene Gesundheit als schlechter eingeschätzt. Bei Personen, die bei allen erfragten Alltagssituationen angeben, von (rassistischer) Diskriminierung oft betroffen zu sein, sinkt die Selbst-



einschätzung um fast einen Punkt (0,7). Diese Werte reflektieren eine Verschlechterung von einem guten Gesundheitszustand, wenn keine oder selten Erfahrungen mit Diskriminierung und Rassismus gemacht werden, zu einem mittelmäßigen Gesundheitszustand, wenn eine Person regelmäßig Rassismus und Diskriminierung erfährt. Dieser Zusammenhang zeigt sich unabhängig von der Selbstidentifikation und vom Geschlecht. Das heißt, alle befragten Personengruppen schätzen ihren allgemeinen Gesundheitszustand umso schlechter ein, je häufiger sie Situationen ausgesetzt sind, die sie als diskriminierend oder rassistisch empfinden.

Abbildung 14. Zusammenhang zwischen Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen und allgemeinem Gesundheitszustand (Mittelwerte)



Lesbeispiel: Bei Befragten, die auf dem Diskriminierungsindex den Wert 12 haben, also angeben, dass sie häufig Diskriminierung erfahren, beträgt der durchschnittliche selbst eingeschätzte Gesundheitszustand 2,4. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), clusterrobuste Standardfehler, eigene Berechnungen. Unter Kontrolle des Alters und der Bildung. Die vertikalen Linien sind Konfidenzintervalle (95%). N = 15.459

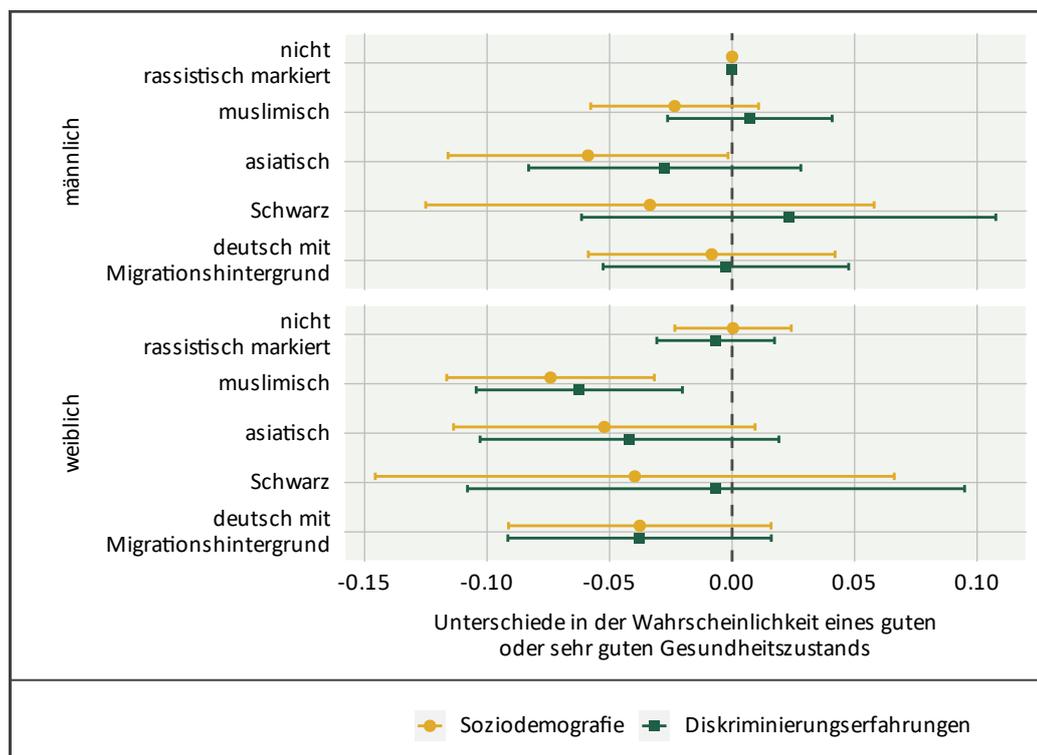
Mit zunehmender Diskriminierungs- und Rassismuserfahrung wird der allgemeine Gesundheitszustand als schlechter eingeschätzt.

Für eine abschließende Betrachtung wurde die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands so umkodiert, dass zwischen erstens Personen mit einer sehr guten oder guten Gesundheit und zweitens Personen mit einer mittelmäßigen, schlechten oder sehr schlechten Gesundheit differenziert wurde. [Abbildung 15](#) veranschaulicht somit die Wahrscheinlichkeit der Befragten, eine gute oder sehr gute Gesundheit zu haben, und differenziert diese zusätzlich nach Selbstidentifikation und Geschlecht. Die Abbildung umfasst zwei Analysemodelle: Im ersten Modell finden das Alter und der Bildungs-

stand der Befragten Berücksichtigung (Modell: Soziodemografie/gelbe Punkte). Das zweite Modell nimmt zusätzlich Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen auf (Modell: Diskriminierungserfahrungen/grüne Punkte). In beiden Modellen sind nicht rassistisch markierte Männer die Referenzgruppe und bilden die vertikale Linie bei 0 ab.

Werden Unterschiede bedingt durch das Alter und die Bildung einkalkuliert, weisen alle Gruppen (abgesehen von nicht rassistisch markierten Frauen) im Vergleich zu nicht rassistisch markierten Männern tendenziell eine niedrigere Wahrscheinlichkeit auf, einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand zu haben. Diese Abweichung ist allerdings nur bei asiatischen Männern mit 6 Prozentpunkten sowie bei muslimischen Frauen mit 7 Prozentpunkten statistisch signifikant. Dies bedeutet, dass sich – ähnlich den Befunden in [Abbildung 13](#) – für die meisten Gruppen keine Nachteile ergeben, verglichen mit rassistisch unmarkierten Männern.

Abbildung 15. Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit eines guten oder sehr guten Gesundheitszustands nach Selbstidentifikation und Geschlecht (in Prozentpunkten)



Lesebeispiel: Unter Berücksichtigung soziodemografischer Variablen haben muslimische Frauen eine um 7 Prozentpunkte geringere Wahrscheinlichkeit, ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut zu beschreiben als Männer, die nicht rassistisch markiert sind. **Quelle:** NaDiRa, panel, Welle 0 (gewichtet), clusterrobuste Standardfehler, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse der logistischen Regression werden als durchschnittliche marginale Effekte dargestellt und wurden mit der KHB-Methode korrigiert. Unter Kontrolle des Alters und der Bildung. Die horizontalen Linien sind Konfidenzintervalle (95%). N = 15.459



Mit der Aufnahme der Häufigkeit von Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen in das Modell erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer guten oder sehr guten Gesundheit – das trifft im Besonderen auf rassistisch markierte Personen zu. Für asiatische Männer gilt dies sogar insoweit, dass die Differenz zur Vergleichsgruppe nicht mehr statistisch bedeutsam ist. Anders formuliert: Wenn es keine Unterschiede in der Häufigkeit von Diskriminierungserfahrungen zwischen rassistisch markierten und nicht rassistisch markierten Personen gäbe, dann hätten einige rassistisch markierte Gruppen sogar einen besseren Gesundheitszustand als nicht rassistisch markierte, obgleich die Differenzen nur gering ausfallen. Lediglich muslimische Frauen scheinen selbst unter Kontrolle der Soziodemografie und der Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen weiterhin einen Nachteil von 6 Prozentpunkten zu haben, verglichen mit nicht rassistisch markierten Männern. Wenn man muslimische Frauen den muslimischen Männern gegenüberstellt, haben sie ebenfalls eine um 7 Prozentpunkte niedrigere Wahrscheinlichkeit, ihren Gesundheitszustand als gut bzw. sehr gut einzuschätzen.

Gegenüber nicht rassistisch markierten Männern beurteilen muslimische Frauen ihren Gesundheitszustand seltener als sehr gut oder gut, wenn Alter und Diskriminierungserfahrungen berücksichtigt werden.

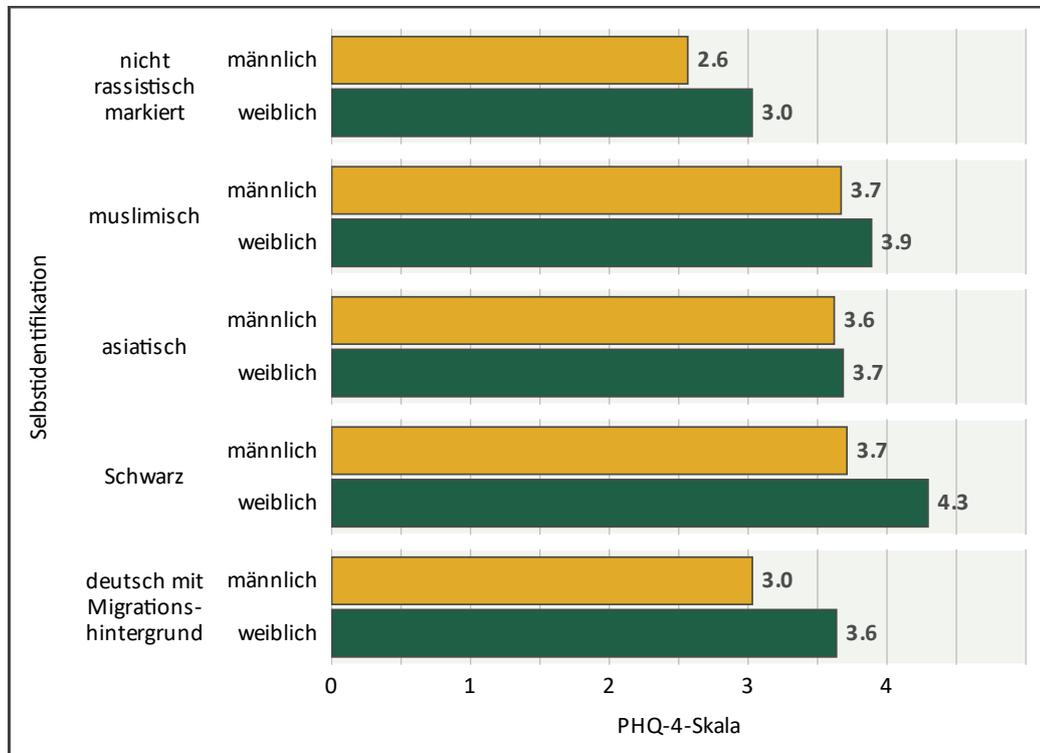
1.3 Mentale Gesundheit: Depressive Symptome

Die Analyseschritte zur Untersuchung der mentalen Gesundheit erfolgen analog zum allgemeinen Gesundheitszustand.

Die Werte der PHQ-4-Skala können zu Interpretationszwecken in Kategorien eingeteilt werden: Werte von 0–2 entsprechen dabei normalen bzw. keinen Symptomen, Werte von 3–5 milden Symptomen, von 6–8 moderaten Symptomen und von 9–12 schwerwiegenden Symptomen einer potenziellen Angststörung und depressiven Erkrankung. Generell muss bei der Auswertung der Befunde berücksichtigt werden, dass das Vorliegen von Symptomen nicht zwangsläufig für eine tatsächliche Angststörung oder depressive Erkrankung spricht, sondern nur als Hinweis darauf gelesen werden kann.

Beim Betrachten der Durchschnittswerte für die Gruppen in [Abbildung 16](#) fällt auf, dass sich teilweise deutliche Unterschiede zeigen. Mit 2,6 Punkten weisen nicht rassistisch markierte Männer die niedrigsten Werte auf der PHQ-4-Skala im Durchschnitt auf, gefolgt von nicht rassistisch markierten Frauen und deutschen Männern mit Migrationshintergrund (3 Punkte). Die höchsten Werte verzeichnen Schwarze (4,3 Punkte) und muslimische Frauen (3,9 Punkte). Wenngleich die Differenz zu nicht rassistisch markierten Männern bei allen anderen Gruppen geringer ausfällt, so handelt es sich bei allen um statistisch signifikante Unterschiede. Während also alle Gruppen im Durchschnitt milde Symptome einer Angststörung oder Depression zeigen, sind die Werte für alle Gruppen im Vergleich zu nicht rassistisch markierten Männern höher.

Abbildung 16. Angststörung und depressive Symptome (0–12), differenziert nach Selbstidentifikation und Geschlecht (Mittelwerte)



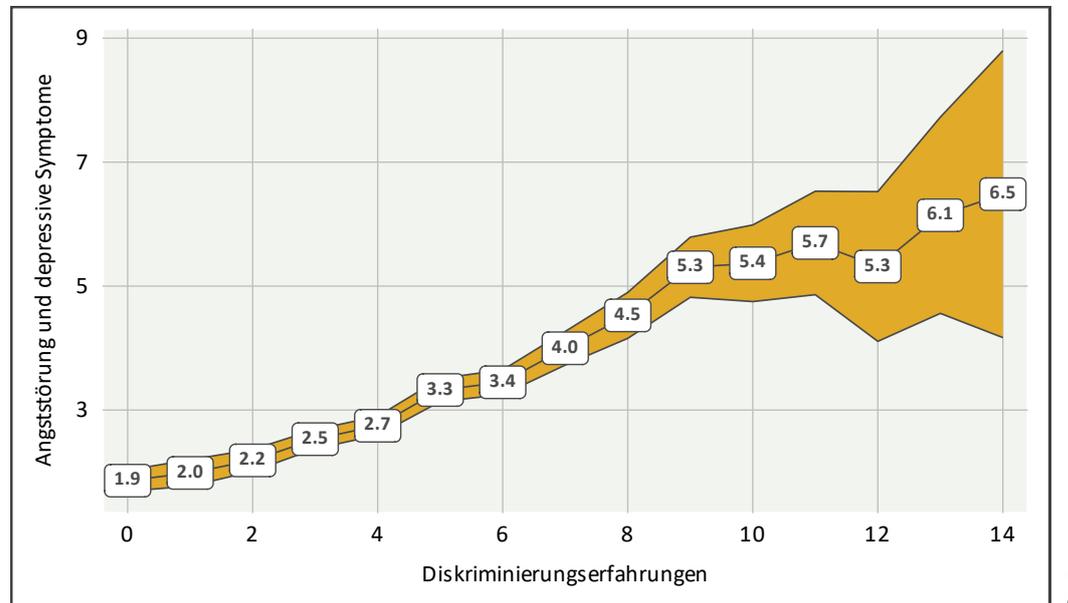
© DeZIM

Lesbeispiel: Schwarze Frauen haben einen Wert von 4.3 auf der PHQ-4-Skala, die Depressionen und Angststörungen misst. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. N = 15.768

Rassistisch markierte Gruppen und Personen mit Migrationshintergrund haben durchschnittlich höhere Werte auf der Angststörungs- und Depressionsskala. Frauen weisen generell höhere Werte als Männer auf.

Abbildung 17 stellt die Beziehung zwischen Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen und dem Indikator für eine Angststörung und depressive Symptome dar. Auch hier zeigt sich ein quasi linearer Zusammenhang: Je mehr Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen Befragte machen, desto höher sind ihre Werte auf der PHQ-4-Skala. Betrachtet man eine Person, die in den dargestellten Situationen nie mit Diskriminierung und Rassismus konfrontiert war, weist diese Person im Durchschnitt keine Angststörungs- oder depressive Symptomatik auf. Personen hingegen, die häufig Ungleichbehandlung in Form von Diskriminierung und Rassismus erfahren, sind in der Kategorie der moderaten Symptome zu finden. Es kann also festgehalten werden, dass ein deutlicher Zusammenhang zwischen den Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen und Symptomen für eine Angststörung oder Depression besteht.

Abbildung 17. Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrungen und Angststörung und depressiven Symptomen (Mittelwerte)



Leleseispiel: Bei Personen, die keinerlei Diskriminierungserfahrungen haben (0), liegen im Durchschnitt 1.9 Punkte auf der Ängstlichkeitskala vor. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), clusterrobuste Standardfehler, eigene Berechnungen. Unter Kontrolle des Alters und der Bildung. Die vertikalen Linien sind Konfidenzintervalle (95%). N = 15.505

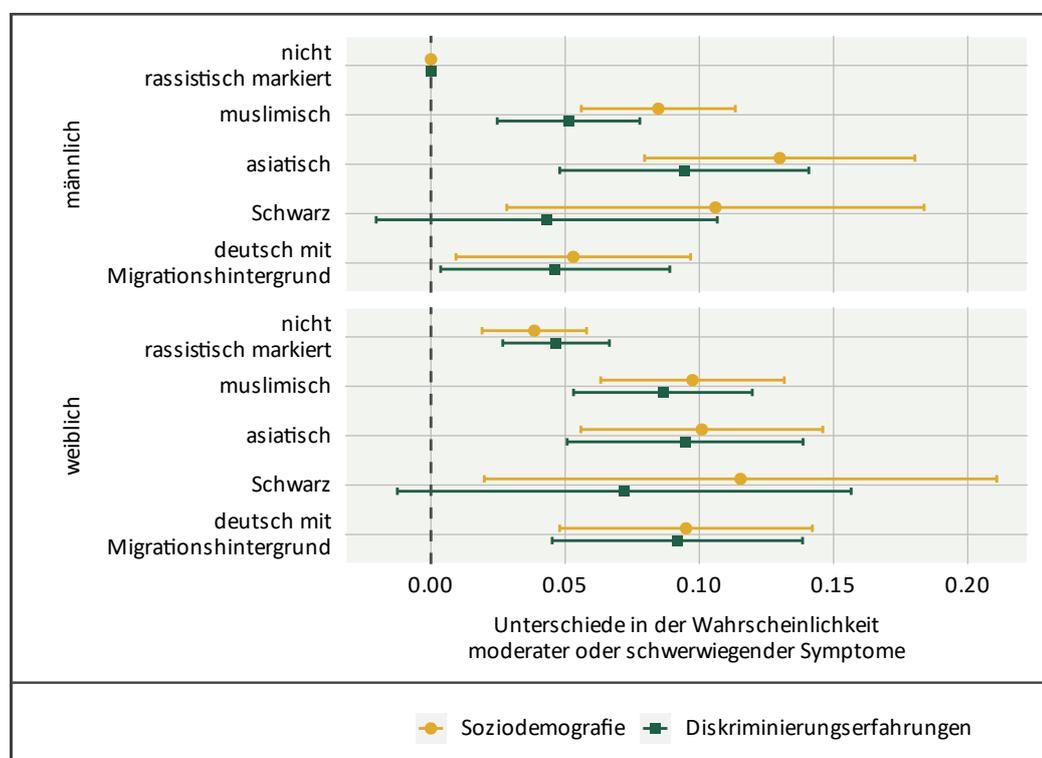
Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen gehen mit gesteigerten Symptomen einer Angststörung und depressiven Erkrankung einher, insbesondere bei Menschen, die regelmäßig diese Erfahrungen machen.

Für eine einfachere Darstellung bildet [Abbildung 18](#) die Wahrscheinlichkeit einer moderaten bzw. schwerwiegenden Symptomatik für Angststörungen und Depressionen im Gruppenvergleich ab. Wie in [Abbildung 15](#) werden auch hier zwei Modelle berechnet. Zunächst erfolgt eine Analyse unter Einbeziehung des Alters und des Bildungsstands (Modell: Soziodemografie/gelbe Punkte) und anschließend die Aufnahme der Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen (Modell: Diskriminierungserfahrungen/grüne Punkte). Nicht rassistisch markierte Männer stellen die Vergleichsgruppe dar (vertikale Linie bei 0).

Asiatische Frauen und Männer weisen mit einer um 11 bzw. 13 Prozentpunkte und Schwarze Frauen und Männer mit einer um 11 Prozentpunkte erhöhten Wahrscheinlichkeit im Durchschnitt moderate oder schwerwiegende Formen von Angststörungen und depressiven Symptomen auf, verglichen mit nicht rassistisch markierten Männern. Auch bei allen anderen Gruppen ist diese Wahrscheinlichkeit auf einem statistisch signifikanten Niveau erhöht (durchschnittlich 4 bis 10 Prozentpunkte Differenz zu nicht rassistisch markierten Männern).

Besonders eindrücklich ist die Veränderung im zweiten Modell: Beim Hinzuziehen der Häufigkeit von Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen reduzieren sich insgesamt die Unterschiede zu nicht rassistisch markierten Männern. Zwar zeigt sich auch in diesem Modell, dass alle rassistisch markierten Gruppen eine höhere Wahrscheinlichkeit für moderate und schwerwiegende Symptome haben, wenn man sie mit nicht markierten Männern vergleicht. Allerdings bleiben nur die Unterschiede zwischen Muslim*innen und Asiat*innen und nicht markierten Männern statistisch signifikant.

Abbildung 18. Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit moderater oder schwerwiegender Symptome für Angststörungen und Depressionen nach Selbstidentifikation und Geschlecht (in Prozentpunkten)



Lesebeispiel: Unter Berücksichtigung der Soziodemografie der Befragten haben Schwarze Männer eine um 11 Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit für moderate oder schwerwiegende Symptome von Angststörung oder Depression als nicht rassistisch markierte Männer. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), clusterrobuste Standardfehler, eigene Berechnungen. Die Ergebnisse der logistischen Regression werden als durchschnittliche marginale Effekte dargestellt und wurden mit der KHB-Methode korrigiert. Unter Kontrolle des Alters und der Bildung. Die horizontalen Linien sind Konfidenzintervalle (95%). N = 15.505

Gegenüber nicht rassistisch markierten Menschen haben insbesondere muslimische und asiatische Menschen eine höhere Wahrscheinlichkeit für moderate oder schwerwiegende Symptome von Depressionen und Angststörungen, wenn man die Häufigkeit von Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen berücksichtigt.

1.4 Fazit

Dieses Kapitel hat einen ersten Überblick zu gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen rassistisch markierten und nicht markierten Personen bei der subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustands geboten. Zusammenfassend zeigen die Befunde insbesondere mit Blick auf die mentale Gesundheit, die durch einen Indikator für Angststörung und depressive Symptomatik gemessen wurde, dass gesundheitliche Nachteile für rassistisch markierte Menschen bestehen. Für den allgemeinen Gesundheitszustand sind keine vergleichbaren Differenzen festzustellen. Nur die Gruppe der muslimischen Frauen fällt durch einen durchschnittlich schlechteren Gesundheitszustand auf. Mögliche Erklärungen hierfür sind Thema in den folgenden Kapiteln.

Für beide Gesundheitsmessungen zeigt sich ein eindeutiger Zusammenhang mit Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen. Menschen, die häufig davon betroffen sind, laufen Gefahr, einen schlechteren allgemeinen und mentalen Gesundheitszustand zu entwickeln. Allerdings handelt es sich bei diesen Analysen ausschließlich um Querschnittsuntersuchungen. Das heißt, sie stellen nur statistische Momentaufnahmen dar, die es in zukünftigen Studien genauer im Zeitverlauf bzw. mit kausalen Methoden zu untersuchen gilt. Trotz der Einschränkungen stimmen die Befunde auf Grundlage der NaDiRa-Daten mit den Ergebnissen internationaler Studien überein. Rassismus wurde in der Literatur als ein wichtiger Risikofaktor für die Gesundheit von Betroffenen identifiziert (vgl. Phelan & Link 2015; Williams & Mohammed 2009), und insbesondere die Studienlage zum Zusammenhang zwischen Rassismus und mentaler Gesundheit, wie beispielsweise Angststörungen und Depressionen, fällt eindeutiger aus (vgl. Berger & Sarnyai 2015; Cuevas et al. 2021; Madubuko 2011; Schunck, Reiss & Razum 2015). Die hier dargestellten Befunde weisen darauf hin, dass auch in Deutschland Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen in einem negativen Verhältnis zu allgemeiner und mentaler Gesundheit stehen. Auf die gesonderte Bedeutung der Häufigkeit von Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen, die eine Person erlebt, machen zudem Studien aufmerksam, die sich mit den biologischen Konsequenzen von Ausgrenzung beschäftigen (vgl. Epel 2009; Lewis, Cogburn & Williams 2015). Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen gehen insofern „unter die Haut“ (Krieger 2005), als eine sich wiederholende Exposition mit psychosozialen Stressoren (in diesem Fall: Diskriminierung) zu einer Dysregulierung des Nervensystems führen kann, die die Gesundheit langfristig beeinträchtigt (vgl. McEwen 2012; Seeman et al. 2001).

Die Daten des NaDiRa.paneels bieten in Deutschland erstmals die Möglichkeit, Aussagen über den Gesundheitsstand von rassistisch markierten Personen zu treffen. Darüber hinaus spielte das Geschlecht der befragten Personen in den Analysen eine Rolle, um spezifische Ungleichheiten sichtbar zu machen. Dennoch handelt es sich nur um einen ersten Überblick, der die Heterogenität innerhalb der Gruppen nicht zur Genüge erfassen kann. Beispielsweise blieb der rechtliche Aufenthaltsstatus der Personen außer Acht. Insbesondere vor dem Hintergrund der Fluchtzuwanderung seit 2013 nach Deutschland steht die Fluchterfahrung von Personen in einem engen Verhältnis zu ihrem Gesundheitszustand



sowie zum rechtlichen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Auch bei anderen Gruppen können Selektionsprozesse und Migrationsmotive einen Einfluss auf die Ungleichheit bei Gesundheitsindikatoren und der Gesundheitsversorgung ausüben. Hinweise auf die Relevanz dieser Aspekte liefern ebenfalls die nachfolgenden Kapitel.

2.



Namensbasierte Diskriminierung beim Zugang zur Gesundheits- versorgung - ein bundesweites Feldexperiment

Susanne Veit, Jonas Dix, Jan Paul Heisig, Jianghong Li,
Ruta Yemane



In Deutschland werden nicht alle Menschen im Gesundheitswesen gleichbehandelt, wie verschiedene wissenschaftliche Arbeiten zeigen (vgl. Bartig et al. 2021; siehe auch Abschnitt Forschungsstand: Rassismus, Gesundheit und Gesundheitsversorgung). Insbesondere rassistisch markierte Menschen sind von Ungleichbehandlungen betroffen (siehe Abschnitt Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung und Kapitel II.4). Dies widerspricht einem der Grundsätze des ärztlichen Gelöbnisses (Deklaration von Genf), das zu den wichtigsten Dokumenten des Weltärztebundes zählt und Bestandteil der Berufsordnung für Ärzt*innen in Deutschland ist. Entstanden ist es 1948 infolge des Zweiten Weltkriegs und der NS-Vernichtungspolitik. An beidem waren Ärzt*innen und Mediziner*innen maßgeblich beteiligt (vgl. Frewer 2008). Im Gelöbnis heißt es, dass unter anderem „ethnische Herkunft“ und „Rasse“ keinen Einfluss auf die ärztlichen Pflichten gegenüber Patient*innen haben dürfen.⁴² Forschungsarbeiten zu Diskriminierung im Gesundheitswesen verweisen jedoch auf Ungleichbehandlung wie beispielsweise die nachteilige Behandlung von Patient*innen aufgrund sozioökonomischer Aspekte wie Bildung, Einkommen und Versicherungsstatus (vgl. Han et al. 2015; Lungen et al. 2008) und zugeschriebener ethnischer Herkunft oder *race* (vgl. Hamed et al. 2022; LaVeist, Rolley & Diala 2003; Pascoe & Smart Richman 2009).

Für die Feststellung von Diskriminierung eignen sich Korrespondenztests. Hierbei handelt es sich um spezielle Feldexperimente, die bei der Untersuchung von Diskriminierung in verschiedenen Lebensbereichen (z. B. bei der Personalauswahl, in der Kommunikation mit Behörden, beim Zugang zu Kindertageseinrichtungen oder Schulen) eingesetzt werden. Am stärksten verbreitet sind in Deutschland Korrespondenztests, die Diskriminierung am Arbeitsmarkt anhand von Bewerbungsunterlagen untersuchen. Dabei werden potenziell relevante Merkmale von fiktiven Bewerber*innen systematisch variiert, während andere Merkmale konstant bleiben. Die Bewerbungsunterlagen der fiktiven Bewerber*innen werden an reale Unternehmen, die Personal suchen, gesendet. Anschließend wird analysiert, ob beispielsweise Bewerbungen von Frauen oder von Personen mit Migrationsgeschichte seltener eine positive Antwort von den Unternehmen erhalten als andere Bewerbungen (vgl. Veit 2020).

Auch im Bereich des Gesundheitswesens sind solche Studien gut anwendbar zur Untersuchung der Diskriminierung von Patient*innen bei der Terminvergabe, also für den Zugang zur Gesundheitsversorgung. Dabei bitten fiktive Patient*innen, bei denen die Namen und andere Merkmale systematisch variiert werden, in Praxen oder Kliniken telefonisch oder per E-Mail um einen Termin. Die Forschenden registrieren dann, ob, wann und wie auf die Terminanfrage reagiert wird. Es gibt einige feldexperimentelle Studien zu Diskriminierung aufgrund von *race* für die USA (vgl. Kugelmass 2016; Leech, Irby-Shasanni & Mitchell 2019; Shin et al. 2016; Wisniewski & Walker 2020). Für europäische Länder

⁴² „Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.“ (Montgomery, Parsa-Parsi & Wiesing 2018)



hingegen finden sich zwar feldexperimentelle Studien zur Rolle sozioökonomischer Aspekte (Deutschland: Kuchinke, Sauerland & Wübker 2009; Lungen et al. 2008; Sauerland, Kuchinke & Wübker 2009; Werbeck, Wübker & Ziebarth 2021; Österreich: Angerer, Waibel & Stummer 2019; Schweiz: Gottschalk, Mimra & Waibe 2020), aber kaum mit Blick auf namensbasierte oder rassistische Diskriminierung (für ethnische Diskriminierung vgl. Halla, Kah & Sausgruber 2021).

Das hier vorgestellte Feldexperiment ist ein Korrespondenztest zur Messung namensbasierter Diskriminierung von Patient*innen bei der Terminvergabe in den Praxen niedergelassener Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in Deutschland (vgl. Mecheril 2002; siehe auch Kapitel [Historisch-theoretische Vorüberlegungen](#)). Hierfür haben wir bundesweit Terminanfragen an Praxen gestellt, wobei Vor- und Nachname sowie einige weitere Merkmale der (fiktiven) Patient*innen zufällig variiert wurden. Im Unterschied zu Forschungsarbeiten, die zum Beispiel über Interview- oder Umfragedaten subjektive Wahrnehmungen und Erfahrungen erfassen, liefert dieses Feldexperiment kausale Nachweise für Ungleichbehandlung.

2.1 Forschungsdesign: Ein bundesweites Feldexperiment zur namensbasierten Diskriminierung von Patient*innen

Für das Experiment wurden im Juni/Juli 2022 und von Dezember 2022 bis Februar 2023 knapp 6.800 zufällig ausgewählte Praxen von niedergelassenen Ärzt*innen (Allgemeinmedizin, Dermatologie, Pädiatrie und Radiologie) und Psychotherapeut*innen um einen Termin für eine fiktive Person oder deren Kinder gebeten. Jede Praxis wurde nur einmal kontaktiert. Die Kontaktaufnahme erfolgte überwiegend per E-Mail, was eine hohe Standardisierung erlaubt.⁴³ Für die Anfragen wurden fiktive Personen entworfen, deren Namen systematisch variiert wurden. Es wurden Namen ausgewählt, die eine türkische und nigerianische (für nichtdeutsch) oder eine deutsche Herkunft suggerieren, da die Namen in den jeweiligen Ländern und unter Migrant*innen aus diesen Ländern und ihren

⁴³ Nur in der ersten Welle der Datenerhebung wurden auch Audioaufnahmen von Terminanfragen auf Anrufbeantwortern von Praxen hinterlassen. Aus Gründen der leichteren Umsetzbarkeit und der hohen Verfügbarkeit von E-Mail-Adressen wurden in der zweiten Welle nur noch Anfragen per E-Mail versendet.

Nachkommen weitverbreitet sind.⁴⁴ Zusätzlich wurden weitere Merkmale experimentell variiert: männlicher oder weiblicher Name, Name mit oder ohne Dokortitel (als Signal für Bildung und den sozialen Status), gesetzliche oder private Krankenversicherung sowie der Anlass der Terminanfrage (akute Erkrankung oder Routineuntersuchung).

Die Terminanfrage für eine Routineuntersuchung einer privat versicherten Patientin mit türkisch gelesenen Namen und ohne Dokortitel lautete bei Praxen für Dermatologie beispielsweise so:

” *„Betreff: Termin vereinbaren
Sehr geehrte Damen und Herren,*

*Ich möchte gerne einen Termin als Patientin in ihrer Praxis ausmachen.
Ich habe viele Muttermale und würde die gerne mal wieder untersuchen lassen.
Ich bin bei der Allianz versichert.
Ich bin zeitlich flexibel und würde mich über einen Vorschlag für einen baldigen Termin freuen. Ich werde diesen dann zeitnah bestätigen.
Vielen Dank für Ihre Mühe.*

*Mit freundlichen Grüßen
Elif Yilmaz“*

2.2 Ergebnisse

Fast die Hälfte der versandten 6.789 Terminanfragen wurde positiv beantwortet (47 %), die Praxen haben also die Bereitschaft gezeigt, einen Termin für die fiktiven Patient*innen zu finden. Dabei erhielten Patient*innen mit in Deutschland weitverbreiteten Namen deutlich häufiger eine positive Antwort auf ihre Terminanfragen (51 %) als Patient*innen mit Namen, die in der Türkei (45 %) oder Nigeria (44 %) häufig auftreten.

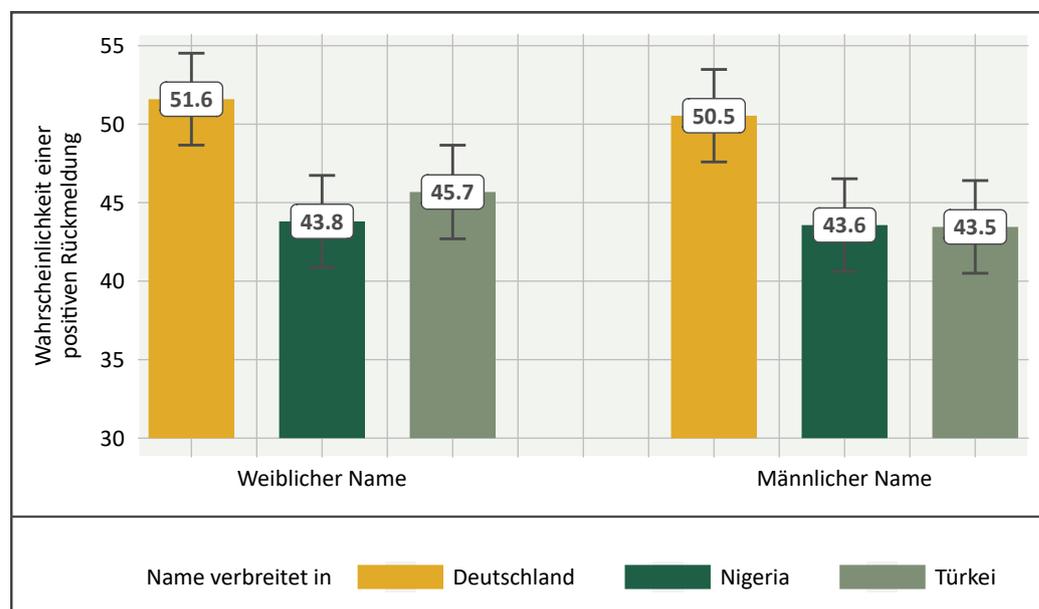
Ob die Terminanfrage von einer Frau oder einem Mann gestellt wurde, hatte hingegen keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer positiven Rückmeldung (weibliche Na-

⁴⁴ In einer Vorstudie wurde getestet, inwiefern die genutzten Namen mit den Ländern, in denen sie weitverbreitet sind, assoziiert werden. Diese Namen wurden aufgrund ihrer Verbreitung in den folgenden Ländern verwendet: Nigeria, männlich: Yakubu Bakole, Umar Atanda, Chinwendu Abiola; Nigeria, weiblich: Farida Abayomi, Binta Obafemi, Abike Nkama; Türkei, männlich: Deniz Özcan, Ali Sahin, Ahmet Özer; Türkei, weiblich: Seda Yildiz, Fatma Öztürk, Elif Yilmaz; Deutschland, männlich: Paul Müller, Niklas Hoffmann, Florian Schneider; Deutschland, weiblich: Laura Schmidt, Jana Fischer, Anna Wagner. Neben dem Aspekt der Länderverbreitung transportieren Namen weitere Assoziationen und teils Uneindeutigkeiten, die zu Limitierungen führen können. Dies betrifft Assoziationen zum Geschlecht bei genderflexiblen Namen (z. B. Deniz), natio-ethno-kulturelle Zuordnungen (z. B. Namen, die sowohl türkisch als auch kurdisch assoziiert werden können) und namensbasierte soziale Schichtzuschreibung.



men: 47 %, männliche Namen: 46 %). Auch der Anlass spielte keine nennenswerte Rolle: Patient*innen mit akuten Symptomen erhielten in 48 % der Fälle eine positive Rückmeldung, während dies auf 45 % der Patient*innen mit Wunsch nach einer Routineuntersuchung zutraf. Deutliche und statistisch signifikante Vorteile zeigten sich hingegen für Privatversicherte (50 %) im Vergleich zu gesetzlich Versicherten (43 %) und für Personen mit einem Dokortitel (49 %) im Vergleich zu Personen ohne einen solchen (45 %).

Abbildung 19. Gruppenunterschiede in der Wahrscheinlichkeit einer positiven Antwort nach Namen (in Prozent)



Lesebeispiel: Für Personen, die mit einem in Nigeria verbreiteten weiblichen Namen nach einem Termin fragen, beträgt die Wahrscheinlichkeit, eine positive Rückmeldung zu bekommen, 43,8 % und ist damit rund 8 Prozentpunkte niedriger als für Personen mit einem in Deutschland verbreiteten weiblichen Namen (51,6 %). **Anmerkung:** Das Balkendiagramm zeigt für die jeweilige Namensgruppe an, wie hoch die Wahrscheinlichkeit einer positiven Antwort auf eine Terminanfrage ist. Dabei werden die Versicherungsart, das Vorhandensein eines Dokortitels, die Dringlichkeit der Symptome, die Art der Kontaktaufnahme (Telefon oder E-Mail) und das medizinische Fachgebiet statistisch kontrolliert und auf dem Niveau des jeweiligen Mittelwerts konstant gehalten. Die vertikalen Linien sind Konfidenzintervalle (95 %). Eigene Berechnungen, N = 6.789

In [Abbildung 19](#) sind die Gruppenunterschiede in der Häufigkeit einer positiven Antwort seitens der Praxen getrennt nach Geschlecht dargestellt. Hierbei wurden die oben genannten Faktoren Versicherungsart, Vorhandensein eines Dokortitels, Dringlichkeit der Symptome, Art der Kontaktaufnahme und medizinisches Fachgebiet kontrolliert. [Abbildung 19](#) zeigt: Selbst wenn alle Merkmale bei der Terminanfrage gleich sind, erhalten Menschen mit Namen, die in Nigeria und der Türkei verbreitet sind, im Vergleich zu Menschen mit einem in Deutschland verbreiteten Namen seltener eine positive Rückmeldung. Ob eine Frau oder ein Mann um einen Termin bittet, nimmt hingegen keinen nachweisbaren Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, eine positive Antwort zu erhalten – und dies unabhängig davon, ob die Person einen Namen trägt, der in Deutschland, Nigeria oder der Türkei verbreitet ist. Die vorliegende Studie liefert somit eindeutige Belege

für eine namensbasierte Diskriminierung bei der Terminvergabe durch niedergelassene Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen aufgrund eines durch den Namen suggerierten Migrationshintergrundes, nicht aber aufgrund des signalisierten Geschlechts.

Die Wahrscheinlichkeit, dass mit einem Namen, der in Nigeria oder der Türkei verbreitet ist, eine positive Antwort auf ihre Terminanfrage bekommen, ist 6 bzw. 8 Prozentpunkte niedriger als bei Patient*innen mit einem in Deutschland verbreiteten Namen. Ob der Name männlich oder weiblich ist, spielt dabei keine nennenswerte Rolle.

Stärkere namensbasierte Diskriminierung bei Patient*innen mit hohem sozioökonomischem Status

Die statistisch signifikant höhere Wahrscheinlichkeit einer positiven Antwort auf eine Terminanfrage von Patient*innen mit Namen, die in Deutschland weitverbreitet sind, gegenüber Patient*innen mit Namen, die in der Türkei oder Nigeria weitverbreitet sind, bleibt meist auch dann bestehen, wenn einzelne Subgruppen betrachtet werden, wie beispielsweise nur männliche Namen oder nur Patient*innen mit akuten Symptomen. Gleichwohl verstärken einige dieser zusätzlichen Merkmale den Effekt des Namens (oder schwächen ihn ab). So fällt die namensbasierte Diskriminierung unter gesetzlich Versicherten geringer aus als unter Privatversicherten. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich im Vergleich zwischen fiktiven Patient*innen mit und ohne Dokortitel. Namensbasierte Diskriminierung tritt unter den Patient*innen mit Dokortitel tendenziell deutlicher zutage.

Dieses Muster widerspricht zum Teil den Erwartungen, die sich aus der statistischen Diskriminierungstheorie ableiten lassen, der zufolge Informationen über die Produktivität (hier: sozialer und sozioökonomischer Status) Diskriminierung reduzieren würden (vgl. Guryan & Charles 2013). Gleichwohl kann im Sinne der statistischen Diskriminierungstheorie auch angenommen werden, dass die gleichen Signale unterschiedlich gedeutet werden. Eventuell liegt dem gefundenen Muster die Annahme zugrunde, dass der Dokortitel von Patient*innen mit Namen, die eher Assoziationen mit anderen Ländern als Deutschland auslösen, möglicherweise im Ausland erworben wurde und folglich abgewertet wird. Ähnlich könnte es der Fall sein, dass eine Privatversicherung bei Patient*innen mit Namen, die in Deutschland weniger stark verbreitet sind, anders interpretiert wird als bei Patient*innen mit in Deutschland verbreitetem Namen (z. B. als Hinweis auf eine Soloselbstständigkeit oder ein kleines Gewerbe statt auf eine gut-bezahlte Beschäftigung). Diese Deutungen sind jedoch hypothetisch und müssen entsprechend in späteren Analysen tiefergehend untersucht werden.



Keine Hinweise auf namensbasierte Diskriminierung bei pädiatrischen Praxen

Die Ergebnisse für die verschiedenen Fachrichtungen deuten teilweise große Unterschiede an. Aufgrund der geringen Fallzahlen müssen sie mit Vorsicht interpretiert werden. Aber sie bieten wichtige Anhaltspunkte dafür, an welchen Stellen in Zukunft nähere Untersuchungen relevant sind. Dabei erscheinen zwei Ergebnisse besonders interessant: Bei Terminanfragen bei pädiatrischen Praxen lassen sich kaum Gruppenunterschiede finden. Wenn fiktive Personen für ihre Kinder um einen Termin bitten, scheint der Name irrelevant zu sein.

Bei Anfragen für Termine in psychotherapeutischen Praxen zeigt sich ein gegenteiliges Muster. Hier sind die Gruppenunterschiede größer. Werden Terminanfragen von Personen gestellt, die einen in der Türkei verbreiteten Namen tragen, fällt die Wahrscheinlichkeit auf eine positive Antwort um etwa 12 Prozentpunkte geringer aus als bei Personen mit Namen, die in Deutschland gängig sind. Auch bei der Gruppe mit in Nigeria verbreiteten Namen ist ein deutlicher Unterschied von ca. 8 Prozentpunkten zu verzeichnen. Namensbasierte Diskriminierung scheint also insbesondere für die psychotherapeutische Versorgung relevant zu sein.

2.3 Fazit

Patient*innen mit Namen, die mit anderen Ländern als Deutschland assoziiert werden, werden diskriminiert: Patient*innen mit Namen, die in der Türkei oder Nigeria weitverbreitet sind, werden bei der Terminvergabe in den Praxen niedergelassener Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen diskriminiert – trotz identisch formulierter Terminanfragen. Diese Benachteiligung können wir für eine bundesweite Stichprobe an zufällig ausgewählten Praxen für Allgemeinmedizin, Dermatologie, Radiologie und Psychotherapie nachweisen. Vor allem bei der psychotherapeutischen Versorgung lassen sich deutliche Nachteile feststellen. Dieser Befund widerspricht dem ärztlichen Gelöbnis der Gleichbehandlung von hilfesuchenden Patient*innen.

Keine signifikante Diskriminierung in pädiatrischen Praxen: In der vorliegenden Studie finden sich jedoch keine Hinweise auf eine namensbasierte Diskriminierung von Patient*innen in pädiatrischen Praxen. Dieser Befund ist insofern unerwartet, als sich in Deutschland bereits seit einigen Jahren ein erheblicher Mangel in der kinderärztlichen Versorgung zeigt (vgl. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2022). Die vom Wissenschaftlichen Dienst des Bundestages erstellte Dokumentation „Zum Mangel an der fachärztlichen Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin“ (2022) beschreibt die zunehmende Überlastung der Ärzt*innenschaft und die akute Gefährdung der Versorgung. Insbesondere infolge der Corona-Pandemie seien Behandlungsdichte und -aufwand sowie die Zahl chronischer und psychischer Erkrankungen erheblich gestiegen. Dies führe bei Eltern und Kindern zu Sorgen um eine gesicherte ärztliche Versorgung aufgrund

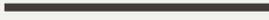
langer Wartezeiten auf Termine und weiter Wege zu niedergelassenen Praxen (vgl. ebd.). Dass Diskriminierungsdynamiken nicht noch zusätzlich zu einer Verschärfung der Versorgungssituation für Kinder von Migrant*innen führen, ist ein erfreulicher Befund. Gleichwohl bleibt unklar, welche Faktoren hierfür ausschlaggebend sind.

Vertiefende Forschung notwendig: Während die vorliegende Studie als Korrespondenztest namensbasierte Diskriminierung kausal belegen kann, gibt sie keine Aufschlüsse darüber, wer diskriminiert (medizinische Fachangestellte oder die Ärzt*innen und Therapeut*innen) und warum diskriminiert wird (z. B. Ablehnung, Vorbehalte, Gewinnerwartungen, Sorge um Qualifikation für Behandlung, z. B. im Falle von Dermatolog*innen bei Schwarzen Patient*innen, siehe Holm & Burgdorf 2001). Ebenfalls kann im Rahmen dieser Untersuchung nicht geklärt werden, auf Basis welcher Merkmale und Assoziationen die gezeigte Diskriminierung erfolgt. Namen können nicht nur als Indikator für einen vermeintlichen Migrationshintergrund gedeutet werden. Sie können beispielsweise auch als Signal für rassistisch markierte Merkmale, Religionszugehörigkeit oder mögliche Sprachbarrieren stehen. Die Bedingungen der Entscheidung für oder gegen eine positive Rückmeldung konnten mit dem hier gewählten Untersuchungsdesign nicht erfasst werden. Hier braucht es Studien mit anderen Designs (quantitative oder qualitative), die ergänzend zum kausalen Nachweis einer vorliegenden Diskriminierung Erkenntnisse zu den spezifischen Ausformungen, Dynamiken und Prozessen von Diskriminierung und Rassismus liefern (siehe auch Kapitel [II.4](#) und [II.5](#)).

Der gleichberechtigte Zugang zur Gesundheitsversorgung ist ein hohes Gut in einer demokratischen Gesellschaft und einem Sozialstaat wie Deutschland. Ist dies nicht gewährleistet, kann dies weitreichende Folgen für die psychische und physische Gesundheit und die Lebenserwartung von Menschen haben, insbesondere bei jenen, die marginalisierten Gruppen angehören. Unsere Studie zeigt, dass Patient*innen aufgrund der Zuschreibung einer ausländischen Herkunft, in Verschränkung mit Wohlstand und Bildung, diskriminiert werden.

Dieses Kapitel stellt erste Ergebnisse des Projekts „Social and ethnic inequalities in health care access“ (gefördert durch das Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, WZB) vor. Das Projekt erhielt zusätzliche Förderung im Rahmen der Kurzstudien des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors (NaDiRa, gefördert durch das BMFSFJ).

3.



Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen in der gesundheitlichen Versorgung



Ein Zugang zur medizinischen Versorgung frei von Diskriminierung und Rassismus ist nicht nur grundlegendes Menschenrecht, sondern auch ein wichtiger Indikator für eine funktionierende und solidarische Gesellschaft. Der Blick auf die Forschungslandschaft in Deutschland zeigt jedoch, dass insbesondere die Untersuchung von Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitssystem eine Leerstelle bildet. Es fehlt sowohl an Erkenntnissen zum Ausmaß und zu den Erscheinungsformen von Diskriminierung und Rassismus als auch darüber, wie sich diese auf den Zugang zur und die Qualität der medizinischen Versorgung auswirken (vgl. Braun & Zeeb 2021). Neben dem Mangel an belastbaren Daten ist die Erforschung von Diskriminierung und Rassismus im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung zudem schwierig, da sich dieselben selten offen zeigen und sich zumeist einer eindeutigen Identifizierung entziehen (vgl. Bonilla-Silva 2009).

Qualitative Studien mit Expert*innen aus der medizinischen Rehabilitation und Erfahrungsberichte von Patient*innen konnten beispielsweise zeigen, dass Diskriminierung und Rassismus im Versorgungskontext oft subtil verlaufen, wie etwa über einen respektlosen Umgang durch das medizinische Personal oder durch das Gefühl der Betroffenen, nicht ernst genommen zu werden (vgl. Bartig et al. 2021; Brause et al. 2010; Gerlach et al. 2012). Studien weisen darauf hin, dass bereits die Angst davor, wiederholt diskriminiert zu werden, eine schlechtere Gesundheit hervorrufen kann (vgl. Karlsen & Nazroo 2004). Aus diesem Grund ist es für die Untersuchung von Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitswesen unabdingbar, die Erfahrungen von Betroffenen miteinzubeziehen (siehe auch Kapitel [II.4](#)).

Der Nationale Diskriminierungs- und Rassismusmonitor stellt erstmals repräsentative Daten bereit, um das Ausmaß, aber auch die Folgen von Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen in ausgewählten Bereichen des Gesundheitswesens abzubilden. Die Zusammensetzung der Stichprobe (siehe auch Kapitel [Forschungszugänge und Methodik](#)) ermöglicht es, Versorgungsunterschiede zwischen von Rassismus Betroffenen und nicht Betroffenen aufzuzeigen. Darüber hinaus können auch die verschiedenen Vulnerabilitäten und Mehrfachbenachteiligungen innerhalb rassistisch markierter Gruppen beispielsweise aufgrund des Alters oder Geschlechts herausgearbeitet werden. Dadurch geben die Daten erste Einblicke in die Situation von rassistisch markierten Gruppen in Deutschland in Bezug auf die medizinische und psychotherapeutische Versorgung. Die dargelegten Ergebnisse beziehen sich auf die erste Panelbefragung (Welle 0) des NaDiRa.panels.

Auf Grundlage bestehender internationaler und nationaler Forschungsergebnisse zu Versorgungsungleichheiten, Diskriminierung und Rassismus wurden insbesondere folgende Inhalte erhoben:

- Angaben zur **Inanspruchnahme medizinischer Versorgung** („Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung, Untersuchung oder Beratung?“)



- Angaben zu **Barrieren beim Zugang zur gesundheitlichen Versorgung**, denen insbesondere Menschen ausgesetzt sind, die Diskriminierung und Rassismus erfahren („Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine medizinische Behandlung verzögert oder vermieden, weil Sie befürchteten, weniger ernst genommen oder schlechter behandelt zu werden als andere Menschen?“)
- Angaben zu der Inanspruchnahme **psychotherapeutischer Versorgung** („Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Psychologen/eine Psychologin, einen Psychiater/eine Psychiaterin oder einen Psychotherapeuten/eine Psychotherapeutin aufgesucht, um sich beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“)
- Selbstauskünfte zu spezifischen **Diskriminierungserfahrungen**, die Menschen **in der ärztlichen Behandlungssituation** machen (z. B. „Ich musste den Arzt bzw. die Ärztin wechseln, weil meine Beschwerden nicht ernst genommen wurden.“)

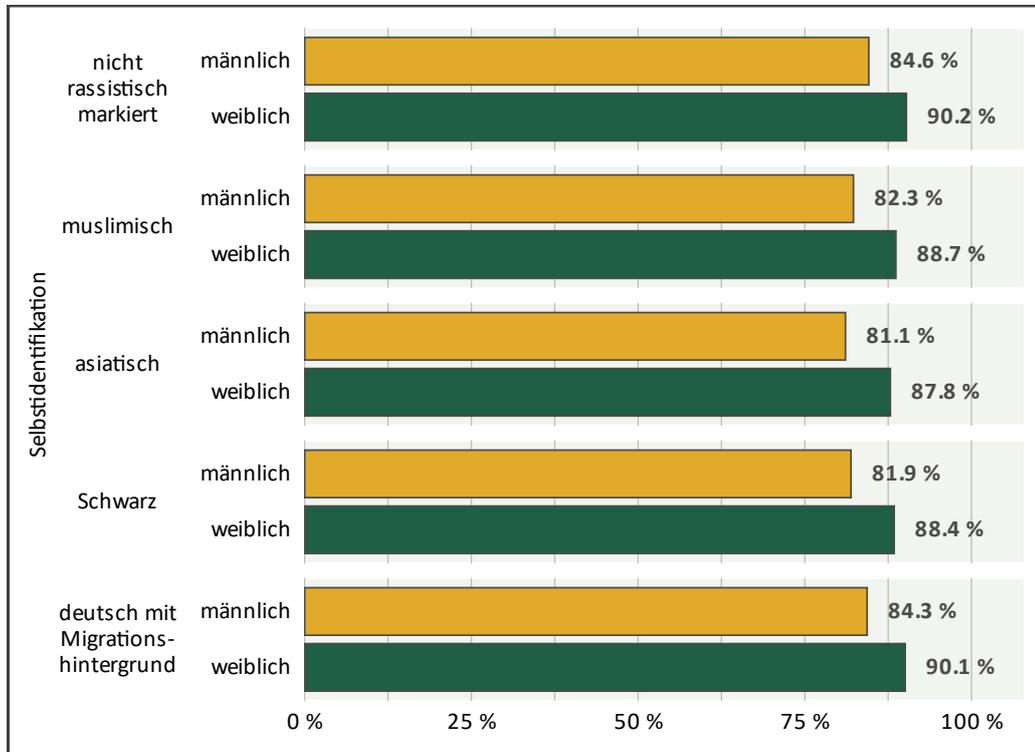
Im Folgenden werden diese inhaltlichen Schwerpunkte sowohl nach der Selbstidentifikation als auch nach dem Geschlecht differenziert untersucht. Durch die gemeinsame Betrachtung von Gruppenzugehörigkeit und Geschlecht können bestehende Mehrfachbenachteiligungen bei der Gesundheitsversorgung aufgezeigt werden.

3.1 Inanspruchnahme medizinischer Versorgung

Um einen Überblick zur allgemeinen Versorgungssituation in Deutschland zu liefern, wurde vorerst gefragt, ob die Studienteilnehmenden in den letzten zwölf Monaten in ärztlicher Behandlung, Untersuchung oder Beratung waren. Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die Mehrheit der Bevölkerung in Deutschland medizinische Versorgung in Anspruch nimmt: Rund 87 % der Befragten geben an, dass sie innerhalb des letzten Jahres bei einem Arzt oder einer Ärztin waren.

[Abbildung 20](#) veranschaulicht, dass rassistisch markierte Personen im letzten Jahr etwas seltener in Behandlung waren als nicht rassistisch markierte Menschen und Deutsche mit Migrationshintergrund. Gegenüber nicht rassistisch markierten bleiben die Unterschiede zu asiatischen Menschen auch nach Kontrolle von Alter, Bildung und Geschlecht zwar statistisch signifikant, betragen jedoch lediglich 3 Prozentpunkte. Allerdings zeigen sich hinsichtlich der Inanspruchnahme Geschlechterunterschiede. Der Anteil an Frauen, die in den letzten 12 Monaten in medizinischer Behandlung waren, ist rund 5 Prozentpunkte höher als bei Männern. Diese Ergebnisse stehen somit im Einklang mit vorherigen bundesweiten Studien, denen zufolge rund 90 % der Frauen und 84 % der Männer in Deutschland binnen der letzten 12 Monate in ambulanter Versorgung waren (vgl. Rommel & Prütz 2017).

Abbildung 20. „Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung, Untersuchung oder Beratung?“, differenziert nach Selbstidentifikation und Geschlecht (Anteile in Prozent)



Lesebeispiel: 88,7% der muslimischen Frauen waren in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Beratung, Untersuchung oder Behandlung. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), clusterrobuste Standardfehler, eigene Berechnungen. N = 15.580 (Ergebnisse kontrolliert für Alter und Bildung)

In allen Gruppen waren mindestens 81 % der Männer und 88 % der Frauen in den letzten zwölf Monaten bei Ärzt*innen.

Weitere Analysen zeigen hier einen Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von ärztlicher Behandlung und dem Alter: Auf der einen Seite sind es junge Männer, die im letzten Jahr seltener in ärztlicher Behandlung waren (< 80 %), während es auf der anderen Seite vor allem ältere Frauen sind, die in den letzten zwölf Monaten häufiger beim Arzt oder bei einer Ärztin waren (> 90 %). Während Studien aus dem englischsprachigen Raum auf einen Zusammenhang von medizinischer Inanspruchnahme und sozioökonomischem Status hindeuten (vgl. Filc et al. 2014; Frølich et al. 2019; McMaughan, Olorun-toba & Smith 2020), ist dies in den hier vorliegenden Daten nicht zu erkennen. Dieser Unterschied lässt sich damit erklären, dass die Organisationsformen der abgebildeten Gesundheitssysteme national stark variieren, sodass finanzielle Aspekte die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung grundsätzlich beeinflussen können. Da das Gesundheitswesen in Deutschland – trotz seiner Tendenz zur Ökonomisierung (siehe hierzu die

Einführung der DRG in 2003) – über die allgemeine Versicherungspflicht andere Maßstäbe setzt, ist dieser Befund nicht sonderlich überraschend.



3.2 Nicht ob, sondern wann: Diskriminierungserfahrungen verzögern Zugang zur medizinischen Versorgung

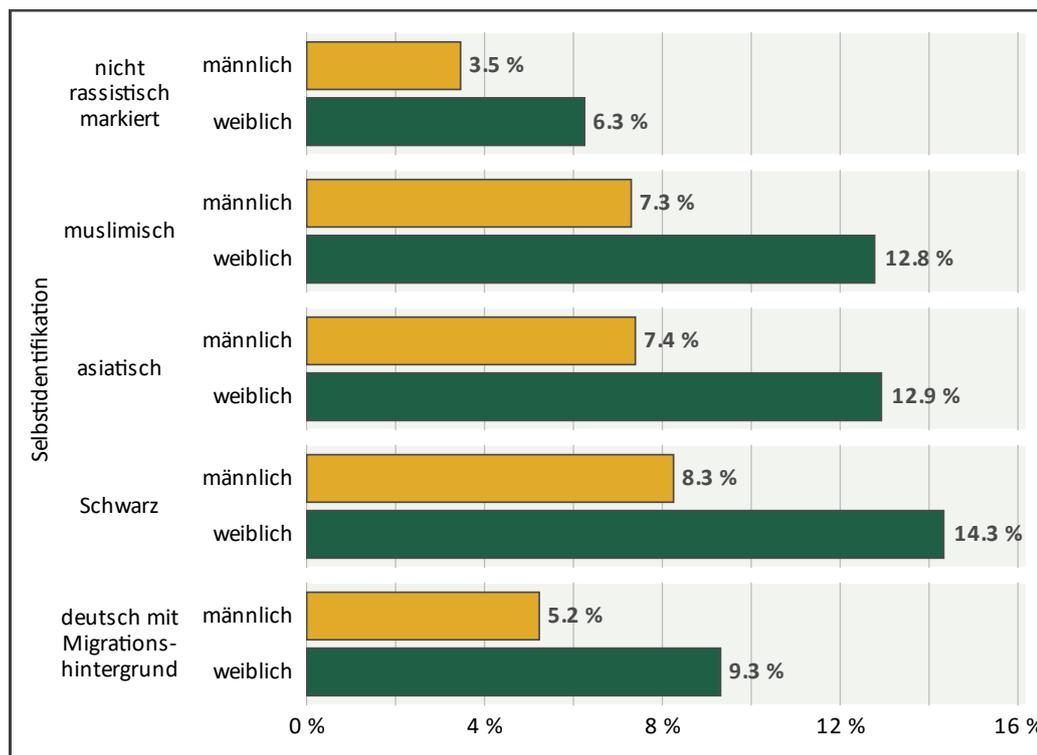
Die Feststellung, dass die meisten Menschen in Deutschland Zugang zum Gesundheitssystem haben, gewährleistet nicht, dass die medizinische Versorgung gerecht erfolgt und auch diejenigen erreicht, die besonders auf sie angewiesen sind. Denn anders als der grundsätzliche Zugang zum Gesundheitswesen ist für eine angemessene Behandlung von (potenziellen) Krankheiten vor allem der Zeitpunkt des Zugangs entscheidend, aus dem, wenn Krankheiten nicht rechtzeitig erkannt oder behandelt werden, langfristige gesundheitliche Schäden oder auch ein vorzeitiger Tod resultieren können (vgl. Bergeot & Jusot 2022; Müller & Turina 2021; Quintal et al. 2023). Die internationale Studienlage weist darauf hin, dass ein nicht zu unterschätzender Anteil von Patient*innen medizinische Behandlungen verzögert oder gar vermeidet, obwohl diese Personen Hilfe benötigen (vgl. Vreman et al. 2019). Zu den Gründen, die eine solche Verzögerung oder Vermeidung begünstigen, werden in der Literatur unter anderen das Einkommen (vgl. Anderson et al. 2021; Apouey & Geoffard 2014; Kim et al. 2017), Wartezeiten bis zur Terminvergabe (vgl. Röttger et al. 2016, siehe auch Kapitel [II.2](#)) oder die Entfernung zum nächsten medizinischen Standort genannt (vgl. Moran et al. 2021). Dabei ist grundsätzlich zu erkennen, dass aktuelle Forschungsarbeiten die Aufmerksamkeit verstärkt auf Diskriminierung lenken, um das Vermeidungsverhalten von Patient*innen besser zu verstehen (vgl. Harris, Cormack & Stanley 2019; Horgan et al. 2022; Kitching et al. 2020; Liu, Pabayoy & Muennig 2021; Röttger et al. 2016; Zhang, Gereke & Baldassarri 2022). Die verschiedenen Studienergebnisse zeigen, dass wahrgenommene Diskriminierung die Bereitschaft, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, deutlich verringert (vgl. Burgess et al. 2008; Hausmann et al. 2008; van Houtven et al. 2005).

Frauen verzögern oder vermeiden medizinische Behandlung häufiger

Mit den NaDiRa-Daten lässt sich prüfen, inwieweit die Antizipation von Diskriminierung mit der Wahrscheinlichkeit zusammenhängt, eine medizinische Behandlung zu vermeiden oder aufzuschieben. Die Teilnehmenden der vorliegenden Studie wurden daher gefragt, ob sie in den letzten zwölf Monaten eine medizinische Behandlung verzögert oder vermieden haben, weil sie befürchteten, weniger ernst genommen oder schlechter behandelt zu werden als andere. In der Gruppe der nicht rassistisch markierten Personen stimmen knapp 5 % dieser Frage zu, während der Anteil unter rassistisch markierten Personen etwa 10 % beträgt. Dabei ist mit Blick auf das Geschlecht der Befragten hervorzuheben, dass es mehrheitlich Frauen sind, die aufgrund der Befürchtung, diskriminiert

zu werden, später oder gar nicht in Behandlung gehen. Mit 13 % schlägt der Anteil unter rassistisch markierten Frauen im Vergleich zu nicht rassistisch markierten Frauen (etwa 6 %), nicht rassistisch markierten Männern (etwa 4%) und rassistisch markierten Männern (etwa 8 %) am höchsten aus.

Abbildung 21. Verzögerung oder Vermeidung einer medizinischen Behandlung, nach Selbstidentifikation und Geschlecht (Anteile in Prozent)



Lesebeispiel: 12,9% der befragten asiatischen Frauen geben an, dass sie schon einmal eine Behandlung verzögert oder vermieden haben, weil sie befürchteten, weniger ernst genommen oder schlechter behandelt zu werden als andere. Quelle: NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. N = 15.537 (Ergebnisse kontrolliert für Alter und Bildung)

Beim Aufschlüsseln nach den verschiedenen rassistisch markierten Gruppen und dem Geschlecht der Befragten in [Abbildung 21](#) ergibt sich folgendes Muster: Im Gegensatz zu nicht rassistisch markierten Männern (3,5 %) haben rassistisch markierte Männer doppelt so häufig eine Behandlung in den letzten zwölf Monaten verzögert. Hervorzuheben ist, dass etwa jeder zwölfte Schwarze Mann eine medizinische Behandlung im letzten Jahr verzögert oder vermieden hat (8,3 %), wobei die Anteile für muslimische (7,3 %) und asiatische Männer (7,4 %) ähnlich hoch ausfallen und sich allesamt statistisch signifikant von der Vergleichsgruppe unterscheiden. Die Unterschiede im Ausmaß, ob eine Person aus Angst vor Diskriminierung eine Behandlung verzögert oder gar vermieden hat, stehen noch deutlicher hervor, wenn man sich die jeweiligen Anteilswerte von (rassistisch markierten) Frauen vornimmt: Demnach treffen sowohl nicht rassistisch markierte als auch rassistisch markierte Frauen im Vergleich zu Männern häufiger die Entscheidung,

eine medizinische Behandlung zu verzögern oder gar zu vermeiden, wobei die Unterschiede zwischen allen Frauengruppen und den nicht rassistisch markierten Männern statistisch signifikant ausfallen. Mehr noch: Die sehr hohen Anteilswerte bei Schwarzen (14,3 %), muslimischen (12,8 %) und asiatischen (12,9 %) Frauen unterscheiden sich statistisch signifikant von nicht rassistisch markierten Frauen (6,3 %). Schlussfolgernd lässt sich daraus ableiten, dass Frauen öfter Diskriminierung im Gesundheitsbereich erfahren als Männer (siehe dazu die folgenden Analysen zu Diskriminierungserfahrungen).



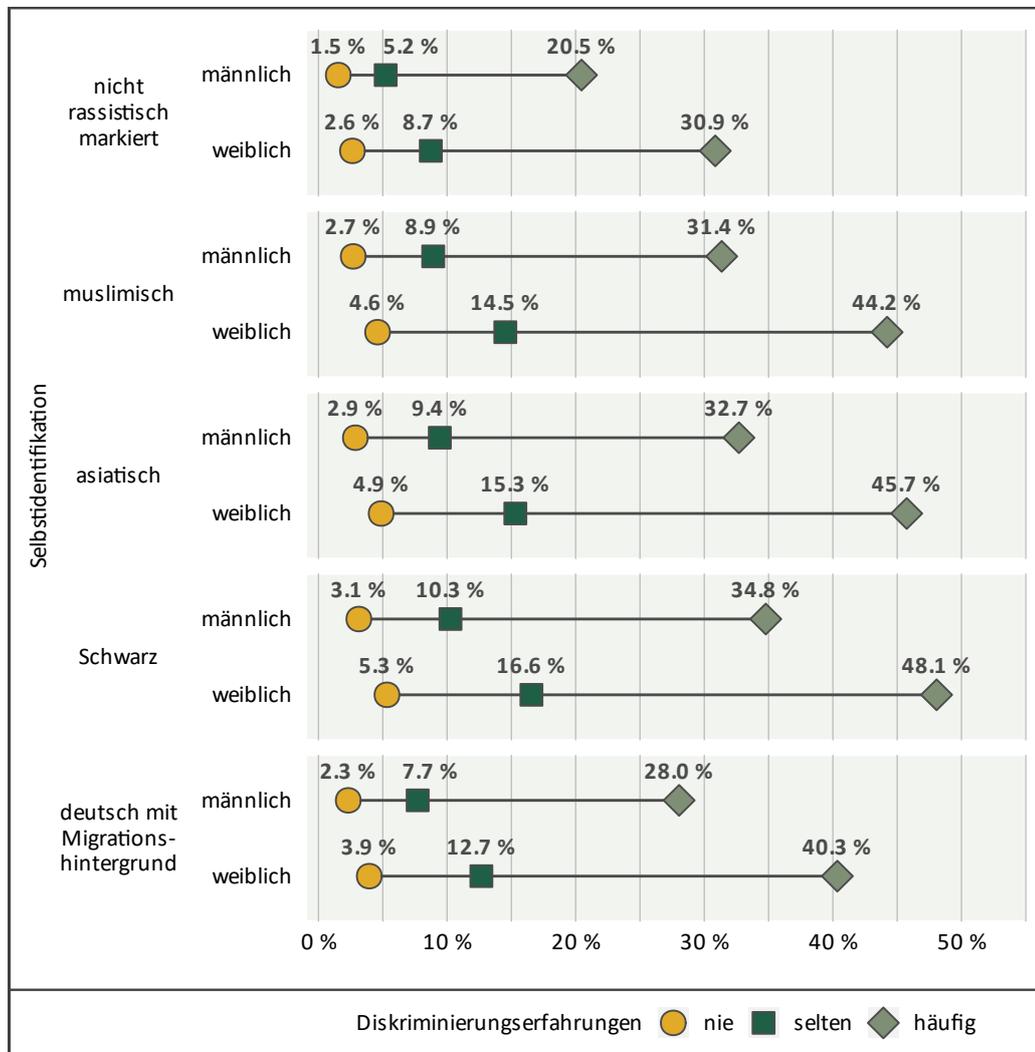
Insbesondere rassistisch markierte Frauen verzögern oder vermeiden eine medizinische Behandlung aufgrund der Befürchtung, nicht ernst genommen oder schlechter als andere behandelt zu werden.

Der Zusammenhang zwischen Diskriminierungserfahrung und Inanspruchnahme medizinischer Versorgung

Ausdrücklichere Hinweise dazu, welche Faktoren die Verzögerung oder Vermeidung einer benötigten medizinischen Behandlung bedingen, finden sich dann, wenn wir zusätzlich zur Selbstidentifikation und dem Geschlecht die subjektiv wahrgenommene Diskriminierung miteinbeziehen. Dass Diskriminierungserfahrungen innerhalb, aber auch außerhalb des Gesundheitswesens die Bereitschaft senken können, medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, ist in mehreren internationalen Studien mittlerweile gut belegt (vgl. Mateo & Williams 2021). Diskriminierungs- und insbesondere Rassismuserfahrungen reduzieren nicht nur nachweislich das Vertrauen und die Zufriedenheit von Patient*innen (vgl. Ben et al. 2005; van Houten et al. 2005), sondern schlagen sich ebenso negativ darauf nieder, wie Menschen mit dem Gesundheitswesen interagieren (vgl. Hausmann et al. 2010; Kandula et al. 2009).

Um die subjektiv wahrgenommene Diskriminierung zu erheben, wurden die Teilnehmenden im NaDiRa-panel gefragt, wie häufig sie im Gesundheitsbereich (z. B. bei Kontakt mit einem Arzt/einer Ärztin, nicht ärztlichem Personal wie der Sprechstundenhilfe oder im Krankenhaus) ungerechter oder schlechter behandelt wurden als andere Menschen. Als Antwortmöglichkeiten konnten die Befragten zwischen „ich war noch nie in dieser Situation“, „selten“, „manchmal“, „oft“ und „sehr oft“ wählen. Für die folgende Aufstellung der Ergebnisse in [Abbildung 22](#) wurden die Kategorien „sehr oft“ und „oft“ sowie „manchmal“ und „selten“ zusammengefasst.

Abbildung 22. Verzögerung oder Vermeidung einer medizinischen Behandlung, nach Selbstidentifikation, Geschlecht und Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen (Anteile in Prozent)



Lesebeispiel: Unter Schwarzen Frauen, die häufig Diskriminierung im Gesundheitsbereich erfahren, geben 48,1% an, dass sie eine medizinische Behandlung vermieden oder verzögert haben. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. N = 12.196 (Ergebnisse kontrolliert für Alter und Bildung)

Anhand von [Abbildung 22](#) lässt sich ein Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der wahrgenommenen Diskriminierungserfahrung und der Verzögerung oder Vermeidung von ärztlichen Behandlungen herstellen: Unter denjenigen, die angeben, oft oder sehr oft Diskriminierung im Gesundheitswesen zu erleben, hat mindestens jede fünfte Person eine medizinische Behandlung im letzten Jahr verzögert oder vermieden. Unter Berücksichtigung des Geschlechts liegt der Anteil sogar höher: So berichtet jede dritte Frau, die häufig Diskriminierung im Gesundheitswesen erfahren hat, dass sie eine benötigte Behandlung vermieden oder verzögert hat. Schließlich zeigen sich in diesen Analysen auch Unterschiede zwischen den verschiedenen von Rassismus betroffenen Gruppen: Während jeder fünfte nicht rassistisch markierte Mann (21 %) von solchen Erfahrungen

berichtet, ist es unter Schwarzen, muslimischen und asiatischen Männern jede dritte Person (Schwarz: 35 %, muslimisch: 31 %, asiatisch: 33 %). Dieses Muster lässt sich auch bei den Frauen finden, wenngleich die Werte insgesamt höher ausschlagen: So gibt mindestens jede dritte Frau mit häufigen Diskriminierungserfahrungen an, dass sie in den letzten zwölf Monaten eine Behandlung verzögert oder vermieden hat. Bei Schwarzen, muslimischen und asiatischen Frauen ist es sogar fast jede zweite Person, die diese Erfahrung gemacht hat (Schwarz: 48 %, muslimisch: 44 %, asiatisch: 46 %). Bei nicht rassistisch markierten Frauen liegt der Anteil bei rund 31 %.

Der Abgleich mit weiteren soziodemografischen Merkmalen belegt darüber hinaus für alle untersuchten Gruppen, dass die Wahrscheinlichkeit, eine medizinische Behandlung zu verzögern, mit steigendem Alter und höherer Bildung sinkt.

Frauen und Männer, die häufig Diskriminierung im Gesundheitswesen erfahren, verzögern oder vermeiden eine medizinische Behandlung deutlich häufiger als Personen, die keine Diskriminierungserfahrungen gemacht haben.

Diese Befunde veranschaulichen, dass Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung nicht in Zusammenhang mit dem Zugang zum Gesundheitswesen stehen müssen. Selbst wenn Personen innerhalb der letzten zwölf Monate in ärztlicher Behandlung waren, ist noch nichts über die Häufigkeit, Angemessenheit sowie den Zeitpunkt der medizinischen Versorgungsleistung gesagt. Diskriminierungserfahrungen scheinen jedoch mit dem Zeitpunkt der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung in Zusammenhang zu stehen. Selbst wenn hier keine kausalen Analysen durchgeführt werden können, schließen diese Ergebnisse an die Resultate der internationalen Forschung an.

3.3 Psychotherapeutische Versorgung

Dass subjektive Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen im Zusammenhang mit der Bereitschaft stehen, medizinische Hilfe aufzusuchen, lässt sich auch mit Blick auf die psychosoziale Versorgungssituation verdeutlichen. Dabei ist der Zweig der psychotherapeutischen, psychiatrischen und psychologischen Behandlung deshalb bedeutsam, da die internationale Studienlage die unmittelbaren Effekte von Rassismus und Diskriminierung auf die psychische Gesundheit hervorhebt (vgl. Berger & Sarnyai 2015; Lee & Ahn 2011; Paradies et al. 2015; Pieterse et al. 2012; Priest et al. 2014; Williams & Mohammed 2013). Somit ist es für eine umfassende Gesundheitsversorgung wichtig, insbesondere diesen Zielgruppen eine rechtzeitige Beratung, Untersuchung oder Behandlung zu ermöglichen.

Um zu skizzieren, inwieweit psychotherapeutische Versorgungsunterschiede zwischen rassistisch markierten und nicht markierten Menschen in Deutschland bestehen, wurde



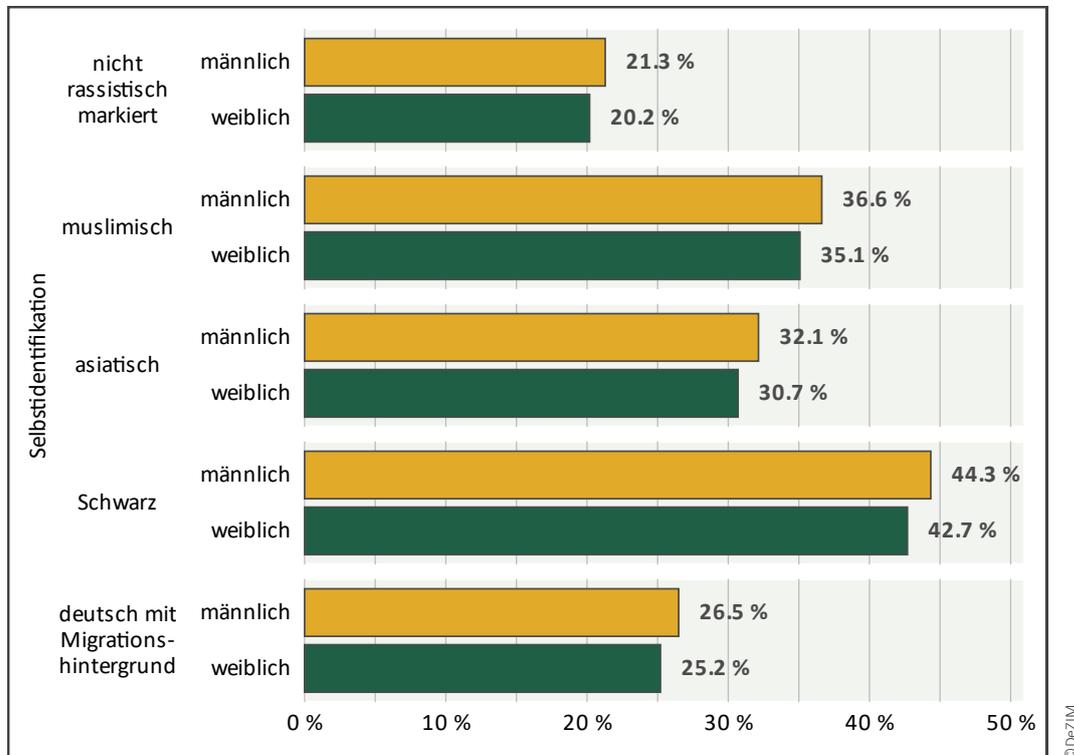
im NaDiRa-panel folgende Frage gestellt: „Wann haben Sie zuletzt einen Psychologen/ eine Psychologin, einen Psychiater/eine Psychiaterin oder einen Psychotherapeuten/eine Psychotherapeutin aufgesucht, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“ Folgende Antwortmöglichkeiten wurden den Befragten vorgelegt: a) „vor weniger als 12 Monaten“, b) „vor mehr als 12 Monaten“, c) „ich warte immer noch auf einen Termin“, d) „ich habe aufgegeben, mich um einen Termin zu bemühen“ und e) „ich habe keinen Bedarf für eine Beratung oder Behandlung“. Um nur Personen in der Analyse zu berücksichtigen, die auch tatsächlich Bedarf an einem psychotherapeutischen Termin haben, wurden all diejenigen, die vor mehr als zwölf Monaten in psychotherapeutischer Behandlung waren, noch auf einen Termin warten oder keinen Bedarf an einer Behandlung haben, ausgeschlossen. Zur besseren Vergleichbarkeit mit den vorherigen Ergebnissen wurden somit nur Personen einbezogen, die in den letzten zwölf Monaten in psychotherapeutischer Behandlung waren oder bereits aufgegeben haben, sich um einen Termin zu bemühen.

Rassistisch markierte Menschen geben die Suche nach einem Therapieplatz schneller auf

Abbildung 23 zeigt den Anteil von Personen, die mittlerweile aufgegeben haben, sich um einen psychotherapeutischen, psychiatrischen oder psychologischen Termin zu bemühen. Mit Blick auf die rassistisch markierten Gruppen wird erkennbar, dass der Anteil von rassistisch markierten Personen, die antworten, die Terminfindung aufgegeben zu haben, mindestens 10 Prozentpunkte höher liegt als bei Personen, die nicht rassistisch markiert sind. In anderen Worten: Während es bei nicht rassistisch markierten Menschen etwa jede fünfte Person ist (21 %), die aufgegeben hat, nach einem Therapieplatz zu suchen, ist es bei rassistisch markierten Menschen jede dritte Person (35,4 %). Darüber hinaus ist im Gegensatz zu den vorherigen Befunden hervorzuheben, dass sich keine Unterschiede zwischen Männern und Frauen innerhalb der einzelnen rassistisch markierten Gruppen finden. Allerdings wird deutlich, dass der Anteil derjenigen, die es aufgegeben haben, nach einer Therapiemöglichkeit zu suchen, zwischen den einzelnen rassistisch markierten Gruppen unterschiedlich stark vertreten ist. Menschen, die sich als Schwarz (43 %) identifizieren, geben am häufigsten an, dass sie aufgegeben haben, sich nach einem Psychotherapieplatz umzuschauen. Danach folgen die Gruppen muslimisch (35 %) und asiatisch (31 %). Unter den Personen, die sich selbst als deutsch mit Migrationshintergrund bezeichnen, gibt etwa jede vierte Person an, dass sie es aufgegeben hat, sich um einen Behandlungstermin zu bemühen (26 %). Darüber hinaus zeigen sich allgemein keine nennenswerten Bildungsunterschiede bei der Bemühung um einen Termin, während jüngere gegenüber älteren Befragten eher bereit sind, die Suche vorzeitig zu beenden.



Abbildung 23. „Ich habe aufgegeben, mich um einen psychotherapeutischen Termin zu bemühen“, nach Selbstidentifikation und Geschlecht (Anteile in Prozent)



Lesbeispiel: 44,3% der befragten Schwarzen Männer geben an, dass sie die Suche nach einem Psychotherapieplatz aufgegeben haben. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. N = 2.120 (Ergebnisse kontrolliert für Alter und Bildung)

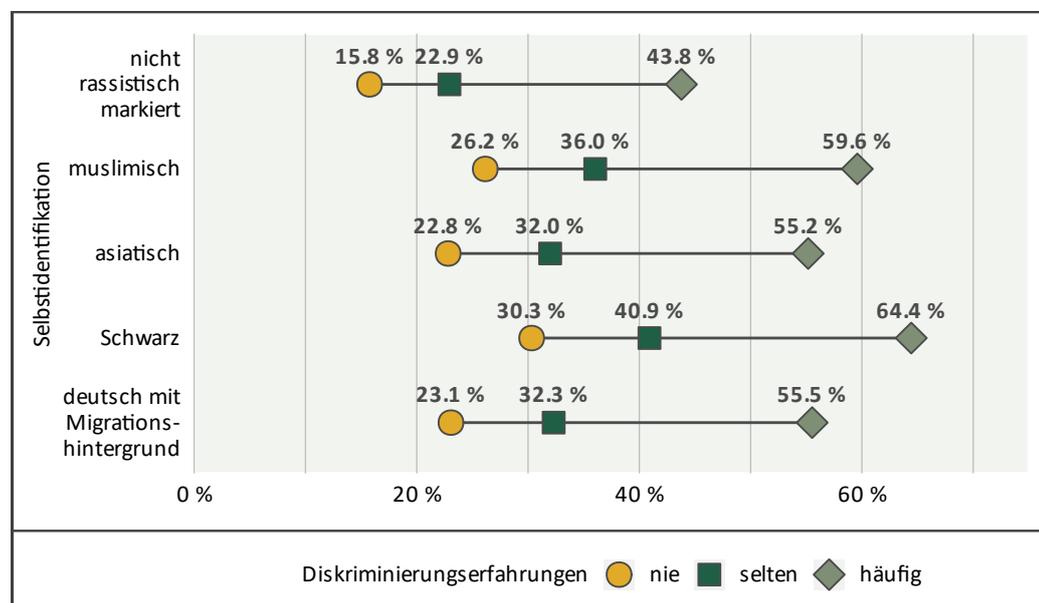
Rassistisch markierte Frauen und Männer, besonders Schwarze Frauen (43 %) und Männer (44 %), geben häufiger die Suche nach einem Psychotherapieplatz auf als nicht rassistisch markierte Personen.

Die Befunde geben erste Hinweise darauf, dass verschiedene Gründe bestehen können, warum Menschen psychotherapeutische Versorgung seltener in Anspruch nehmen. Neben strukturellen Bedingungen, die sich beispielsweise darin äußern, dass das Angebot unter der Nachfrage für psychotherapeutische Behandlungen liegt, sprechen die zum Teil deutlichen Unterschiede zwischen nicht rassistisch markierten und markierten Menschen dafür, dass auch andere Gründe wesentlich dafür sind, das Gefälle zwischen der Inanspruchnahme und der Suche nach einem Therapieplatz zu erklären.

Analog zu den vorherigen Befunden des Vermeidungs- und Verzögerungsverhaltens rassistisch markierter Menschen zeigt sich ein Zusammenhang zwischen den subjektiven Diskriminierungserfahrungen und der Entscheidung, ob man einer Therapie nachgeht oder nicht. [Abbildung 24](#) stellt die jeweiligen rassistisch markierten Gruppen in Abhän-

gigkeit zum Geschlecht und den selbst wahrgenommenen Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitsbereich dar. Weil die Anteile von Männern und Frauen nur geringfügig voneinander abweichen, werden diese Ergebnisse nicht nach dem Geschlecht differenziert abgebildet. Die folgenden Befunde bestätigen, dass die Häufigkeit gemachter Diskriminierung mit der Bereitschaft, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, (negativ) zusammenhängt. Während nicht rassistisch markierte Menschen, die oft Diskriminierung im Gesundheitswesen erleben, zu rund 44 % angeben, die Suche nach einem Psychotherapietermin aufgegeben zu haben, liegt der entsprechende Anteil bei rassistisch markierten Menschen zwischen 55 % und 64 %. Der genauere Blick auf die einzelnen von Rassismus betroffenen Gruppen verdeutlicht dabei, dass die Resignation, sich psychotherapeutische Hilfe zu suchen, bei Schwarzen Menschen, die außerdem angeben, oft Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen zu machen, besonders stark ausgeprägt ist: Dort geben fast zwei Drittel (64,4 %) an, dass sie aufgegeben haben, sich um einen psychotherapeutischen Termin zu bemühen. Bei muslimischen Menschen beträgt der Anteil rund 60 %, bei asiatischen 55 %.

Abbildung 24. „Ich habe aufgegeben, mich um einen psychotherapeutischen Termin zu bemühen“, nach Selbstidentifikation und Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen (Anteile in Prozent)



Lesebeispiel: Unter muslimischen Personen, die häufig Diskriminierung im Gesundheitsbereich erleben, geben 59,6% an, dass sie die Suche nach einem Psychotherapieplatz aufgegeben haben. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. N = 1.796 (Ergebnisse kontrolliert für Alter und Bildung)

Über die Hälfte der Personen, die sich selbst einer rassistisch markierten Gruppe zuordnen oder einen Migrationshintergrund besitzen, gibt die Suche nach einem Psychotherapieplatz eher auf, wenn sie oft Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen gemacht hat.



Die hier thematisierte Bedeutung von Diskriminierung für den Zugang zur medizinischen Versorgung und die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Angebote ist für ein tiefergehendes Monitoring von Rassismus und Diskriminierung in Deutschland von doppelter Relevanz. Bestehende Forschungsarbeiten untermauern, dass Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen direkt als Stressoren wirken, die sich auf das psychische Wohlbefinden der Betroffenen auswirken (vgl. Berger & Sarnyai 2015). Daher ist es für eine gerechte Versorgung von zentraler Bedeutung, diese Ungleichheiten in der (mental)en Gesundheit über geeignete Therapieprogramme aufzufangen. Die hier präsentierten Befunde im NaDiRa-panel zeigen an, dass diejenigen, die einen erhöhten psychotherapeutischen Bedarf aufgrund von Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen haben, auch diejenigen sind, die am häufigsten die Suche nach einem Termin abbrechen. Dieses seit längerem in gesundheitswissenschaftlichen Kontexten als *inverse care law* beschriebene Phänomen (vgl. Hart 1971; Watt 2018) besagt, dass in erster Linie gerade diejenigen Personen medizinische Versorgung aufsuchen, denen es gesundheitlich besser geht. Dies lässt sich somit auch in Teilen auf den Themenkomplex des Rassismus und die These einer doppelten Benachteiligung übertragen: Menschen, die häufig Rassismus erfahren, haben daran gemessen einen theoretisch höheren Bedarf an (psychotherapeutischen) Angeboten, begeben sich aber seltener in Behandlung. Diejenigen unter ihnen wiederum, die sich um einen Termin bemühen, können durch Diskriminierung bei der Terminvergabe benachteiligt werden (siehe auch Kapitel [11.2](#)). Hürden bei der Vergabe von Terminen können dazu beitragen, dass von Rassismus und Diskriminierung betroffene Personen die Suche nach einem Therapieplatz im Vergleich schneller aufgeben.

Zu dieser Schieflage in der psychosozialen Versorgung kommt noch hinzu, dass auch die therapeutische Behandlung, die aufgesucht wird, um Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen zu verarbeiten, den gegenteiligen Effekt erzielen kann. Oft wird übersehen, dass subtile Rassismen in der psychotherapeutischen Beziehung wirken, die sich sowohl im Herunterspielen von Erfahrungen als auch in einer gänzlichen Vermeidung des Themas Rassismus äußern können (vgl. Maharaj, Bhatt & Gentile 2021). Zusätzlich können die Bedürfnisse von rassistisch markierten Menschen bei der Suche nach einem Therapieplatz aber auch anders gelagert sein. Beispielsweise könnten Therapeut*innen mit einer ähnlichen Lebenssituation oder Sprachkenntnissen bevorzugt werden. Die genauen Gründe für die hier aufgeführten Befunde müssen daher tiefergehend untersucht werden.

3.4 Diskriminierungserfahrungen in der ärztlichen Behandlung

Bislang existieren in Deutschland keine systematischen Untersuchungen darüber, in welchem Ausmaß rassistisch markierte Menschen Ungleichbehandlungen im Gesundheitswesen erfahren. Studien, insbesondere aus dem englischsprachigen Raum, legen nahe, dass Vorurteile, Stereotype und rassistische Verhaltensweisen in der Gesundheitsversorgung verbreitet sind (vgl. Paradies, Truong & Priest 2014; Schouten & Meeuwesen 2006). Um für den deutschen Kontext nachzuvollziehen, wie sich Diskriminierung im Gesundheitswesen ausdrückt, wird im Folgenden die Aufmerksamkeit auf eine spezifische ärztliche Behandlungssituation gelegt. Die Teilnehmenden des NaDiRa.panels wurden daher gefragt, „ob sie schon einmal den Arzt/die Ärztin wechseln mussten, weil ihre Beschwerden nicht ernst genommen wurden“.⁴⁵ Die in der Erhebung vorgelegte Situation eignet sich für die Annäherung an eine Analyse von Rassismus und Diskriminierung. Eine solche sollte darauf abzielen, konkrete Erfahrungen daraufhin zu untersuchen, ob sie sich zwischen verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen gleichmäßig verteilen oder systematisch ungleich auftreten. Unsere Befunde zeigen, dass diese Erfahrungen unterschiedlich verteilt sind.

Hierzu werden nachfolgend die Gruppenunterschiede zwischen nicht rassistisch markierten und markierten Personen betrachtet. Für die einfachere Darstellung der Ergebnisse zu den beiden Fragen wurden die Antworten „sehr oft“, „oft“, „manchmal“ und „selten“ in der Kategorie „ja, habe ich erfahren“ zusammengefasst und denjenigen gegenübergestellt, die diese Erfahrung noch nie gemacht haben.

„Morbus Aliorum“: Die Konstruktion der schmerzempfindlichen „Anderen“

Insgesamt gibt mehr als jede dritte rassistisch markierte Person an, dass sie den Arzt oder die Ärztin wechseln musste, weil die eigenen Beschwerden nicht ernst genommen wurden (34,4%). Bei nicht rassistisch markierten Menschen ist es knapp jede vierte Person (24,2%). Allgemein betrachtet treten Diskriminierungserfahrungen also in der ärztlichen Behandlung in beiden Gruppen häufig auf und sind mit Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung verbunden. Die gewählte Formulierung zeigt, dass die Unzufriedenheit mit dem behandelnden ärztlichen Personal so hoch ausfiel, dass sich Betroffene nicht mehr von diesem behandeln lassen wollten.

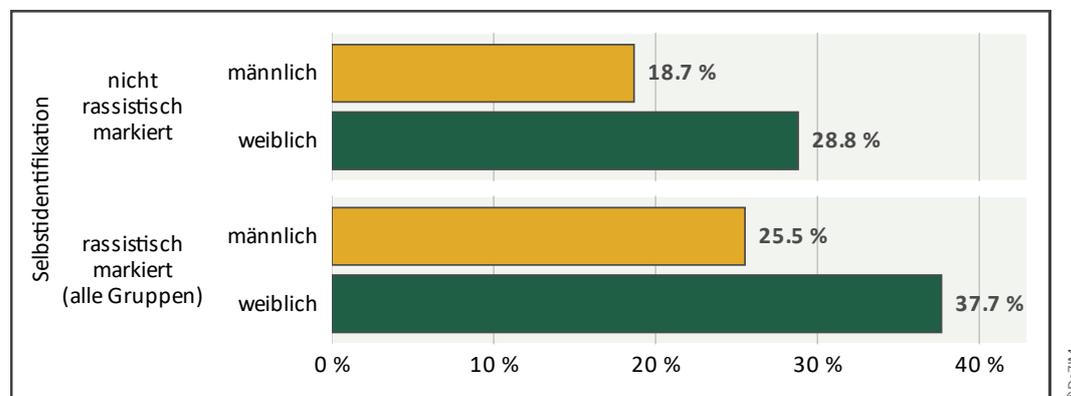
Unter Berücksichtigung des Geschlechts kristallisieren sich große Differenzen zwischen den befragten rassistisch markierten und nicht markierten Gruppen heraus. [Abbildung 25](#)

⁴⁵ Neben der Frage, ob eine Person „den Arzt oder die Ärztin wechseln musste, weil die Beschwerden nicht ernst genommen wurden“, wurde ebenfalls erhoben, ob in der ärztlichen Behandlungssituation vermutet wurde, dass man die eigenen Beschwerden nur vortäuscht. Aufgrund der inhaltlichen Nähe der beiden Fragen und der ähnlichen Ergebnisse werden in diesem Unterkapitel nur die Befunde zur ersten Frage dargestellt.



lässt sich entnehmen, dass es besonders Frauen sind, die diese Diskriminierung in der Behandlung erleben: Gegenüber nicht rassistisch markierten Männern (18,7 %) ist der Anteil von nicht rassistisch markierten Frauen, die diese Erfahrung machen, um rund 10 Prozentpunkte höher (28,8 %). Bei der Gruppe der rassistisch markierten Menschen beträgt die Differenz zwischen Männern (25,5 %) und Frauen (37,7 %) mehr als 12 Prozentpunkte, wenngleich die Werte insgesamt höher ausfallen als in der Referenzgruppe nicht rassistisch markierter Personen.

Abbildung 25. „Ich musste den Arzt/die Ärztin wechseln, weil meine Beschwerden nicht ernst genommen wurden“, nach Selbstidentifikation und Geschlecht (Anteile in Prozent)



Lesebeispiel: 37,7% der rassistisch markierten Frauen geben an, dass sie schon einmal den Arzt/die Ärztin wechseln mussten, weil ihre Beschwerden nicht ernst genommen wurden. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. N = 13.637 (Ergebnisse kontrolliert für Alter und Bildung)

Mehr als jede dritte rassistisch markierte Frau hat schon einmal den Arzt/die Ärztin wechseln müssen, da sie sich nicht ernst genommen fühlte. Unter nicht rassistisch markierten Frauen beträgt der Anteil über ein Viertel.

Dass rassistisch markierte Männer und Frauen häufiger von Diskriminierung in der Behandlung berichten, ist wenig überraschend, da sich die Befunde weitgehend mit Untersuchungen zur Verbreitung rassistischer Vorurteile in der Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung und der ärztlichen Ausbildung decken (eindrücklich dargestellt in den Kapiteln II.4 und II.5). Beispielsweise zählt hierzu die umgangssprachliche Scheindiagnose des „Morbus Mediterraneus“, auch unter „Morbus Bosphorus“ oder „Mamma-mia-Syndrom“ bekannt, die sich auch unter dem Gesichtspunkt eines Nichternstnehmens in der ärztlichen Behandlung heranziehen lässt (vgl. von Eisenhart Rothe 2019; Gast ArbeiterIn 2022; Stary 2019). Mit dieser wird nämlich Menschen, die vorwiegend aus dem Mittelmeerraum stammen oder als solche gelesen werden, ein übertriebenes und nicht angemessenes Schmerzempfinden unterstellt (vgl. Karger et al. 2017; Mroczynski 2017; siehe auch

Kapitel II.4). Wenngleich es sich dabei um eine Schein- bzw. Pseudodiagnose handelt, wird sie auch heute noch unterschwellig in Teilen der medizinischen Ausbildung gelehrt (vgl. Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. 2022). Besonders bedenklich ist, dass diese Vorurteile im informellen Austausch zwischen Ärzt*innen (vgl. Aikins, M. A. et al. 2021) nicht immer als Problem wahrgenommen und anerkannt werden. Verschiedenen Studien zufolge fehlt Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind, mitunter das Bewusstsein dafür, dass rassistische Scheindiagnosen wie der „Morbus Mediterraneus“ mit schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen für Betroffene einhergehen können. Beispielsweise zeigt eine qualitative Studie, dass unter angehenden Mediziner*innen der Ausdruck „Morbus Mediterraneus“ zwar mehrheitlich als rassistisch eingestuft wird, aber die darunter verstandene Scheindiagnose selbst als praktikabel zur Klassifikation von Patient*innen und Krankheitsbildern gilt (vgl. Gerhards, Schweda & Weßel 2023; siehe auch Kapitel II.5).

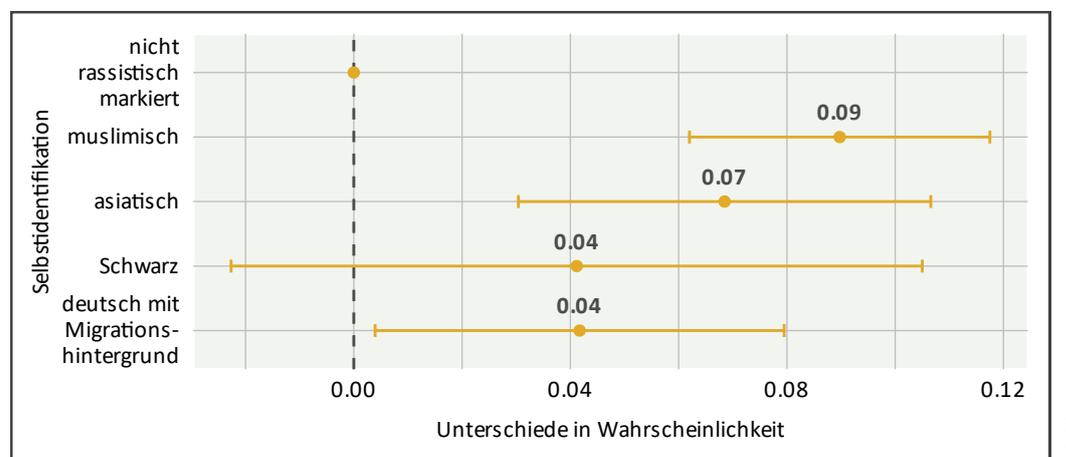
Dass insbesondere (rassistisch markierte) Frauen häufiger als (nicht rassistisch markierte) Männer davon berichten, in der ärztlichen Behandlung nicht ernst genommen zu werden, deutet an, dass sowohl Rassismus als auch Sexismus – sowie deren intersektionales Zusammenwirken – zentrale Bezugspunkte darstellen, um die Ungleichbehandlungen in der ärztlichen Behandlungssituation zu verstehen. So weisen auch wissenschaftliche Arbeiten darauf hin, dass Frauen in der Behandlung benachteiligt werden, was sich negativ auf Gesundheit und Wohlbefinden niederschlagen kann (vgl. Heise et al. 2019). Beispielsweise belegen Arbeiten zu koronaren Herzerkrankungen die Problematik, dass Frauen – selbst bei gleicher Symptomatik – andere Anamneseabfragen, Arzneimittelverschreibungen und Therapieempfehlungen bekommen als ihre männliche Vergleichsgruppe (vgl. Bönte et al. 2008; Göring 2022; Schieber et al. 2014). Hierbei gilt es jedoch zu beachten, dass Formen der Diskriminierung und Ungleichbehandlung nicht zwangsläufig auf sexistischen Einstellungen von Einzelnen beruhen müssen (vgl. Kang, S. K. & Kaplan 2019), um ihre negativen Wirkungen zu entfalten. Geschlechterspezifische Normen stellen vielmehr ein komplexes System dar, das Männern und Frauen bestimmte Denk- und Verhaltensmuster nahelegt, die gesellschaftlich als „normal“ und „natürlich“ gelten (vgl. Villa 2014). Um diese Stereotype auch im Gesundheitsbereich zu rekonstruieren, haben bereits verschiedene Forschungsarbeiten auf die historisch schon lange zu beobachtende Medikalisierung des weiblichen Körpers hingewiesen (vgl. Duden 1987; Schmersahl 1998). Aktuelle Studien beschreiben, dass sich auch der ärztliche Blick an geschlechtsspezifischen Normen orientiert: Männern, die das Behandlungszimmer betreten, wird eher eine Faktenorientiertheit in Bezug auf ihre Krankheit zugesprochen, während Frauen eine Fokussierung auf ihre Emotionen und Erfahrungen mit ihren Krankheiten unterstellt wird (vgl. Andersson, Salander & Hamberg 2013; Samulowitz et al. 2018). Gerade die Stereotypisierung von Frauen als „zu emotional“ resultiert laut sozialpsychologischen Theorien aus der Auffassung, Frauen würden gegenüber Männern ihr Schmerzempfinden in ärztlichen Behandlungssituationen überbetonen, dramatisieren oder gar erfinden (vgl. Lloyd, Paganini & Brinke 2020).

Internationalen Studien zufolge liegen mittlerweile Hinweise vor, dass stereotype Anschauungen über ein abweichendes Schmerzempfinden auch bei rassistisch markierten



Minderheiten zur Geltung kommen (vgl. Hollingshead et al. 2016). Beispielsweise wird Schwarzen Menschen in der US-amerikanischen medizinischen Versorgung aufgrund biologisch-rassistischer Vorstellungen ein geringeres Schmerzempfinden zugeschrieben (vgl. Hoffman et al. 2016). Dies führt häufig dazu, dass rassistisch markierten Menschen trotz entsprechender Symptomatik eine Schmerzmedikation vorenthalten wird (vgl. Schulman et al. 1999). [Abbildung 26](#) legt dar, dass alle rassistisch markierten Menschen häufiger ihren Arzt bzw. ihre Ärztin wechseln mussten als nicht rassistisch markierte Menschen. Multivariate Analysen zeigen, dass die Unterschiede zur Vergleichsgruppe (nicht rassistisch markierte Menschen) für die muslimische und asiatische Gruppe ebenso wie für die Personen, die sich als deutsch mit Migrationshintergrund wahrnehmen, statistisch signifikant ausfallen. Muslimische Menschen besitzen gegenüber nicht rassistisch markierten Personen eine um 9 Prozentpunkte erhöhte Wahrscheinlichkeit, den Arzt bzw. die Ärztin zu wechseln, weil ihre Beschwerden nicht ernst genommen werden. Bei asiatischen Menschen liegt der entsprechende Wert bei 7 Prozentpunkten.

Abbildung 26. „Ich musste den Arzt/die Ärztin wechseln, weil meine Beschwerden nicht ernst genommen wurden“, nach Selbstidentifikation (Unterschiede in Prozentpunkten)

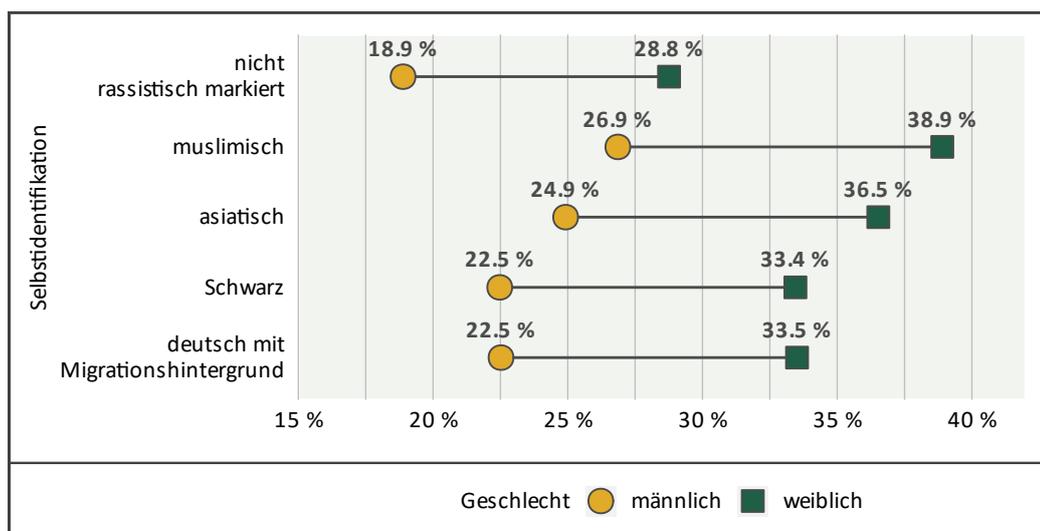


Lesebeispiel: Gegenüber nicht rassistisch markierten Personen haben muslimische Personen eine 9 Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit, den Arzt/die Ärztin zu wechseln, weil ihre Beschwerden nicht ernst genommen werden.
Quelle: NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. Die Ergebnisse der logistischen Regression werden als durchschnittliche marginale Effekte (AME) dargestellt. (Ergebnisse kontrolliert für Alter und Bildung)

Gegenüber nicht rassistisch markierten Menschen haben muslimische Personen eine um 9 Prozentpunkte erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass sie ihren Arzt bzw. ihre Ärztin wechseln müssen, weil ihre Beschwerden nicht ernst genommen werden. Diese Differenz bleibt auch unter Berücksichtigung weiterer soziodemografischer Merkmale (Alter, Bildung und Geschlecht) bestehen.

Ein tieferer intersektionaler Blick auf die Daten zeigt nicht nur die oben erwähnte Verknüpfung rassistischer und sexistischer Anschauungen in der Medizin und ihrer Praxis, sondern offenbart darüber hinaus eine Norm des nicht rassistisch markierten Mannes. Geschlechterspezifische Vorstellungen des Schmerzempfindens und rassistische Stereotype überlagern sich hierbei und resultieren in einer Sammelkategorie der schmerzempfindlichen „Anderen“: rassistisch markierte und nicht markierte Frauen sowie rassistisch markierte Männer. Im Vergleich zur nicht rassistisch markierten männlichen Norm benennen diese „Anderen“ häufiger die Erfahrung, in der ärztlichen Versorgung nicht ernst genommen zu werden. In [Abbildung 27](#) weisen alle betrachteten rassistisch markierten Männer höhere Werte als nicht markierte Männer auf (18,9 %). Dabei sind nur die Unterschiede von muslimischen (26,9 %) und asiatischen Männern (24,9 %) gegenüber nicht markierten Männern statistisch signifikant. Aussagekräftiger wird das Bild jedoch, wenn man zusätzlich das weibliche Geschlecht miteinbezieht. Frauen, inklusive der nicht rassistisch markierten, berichten häufiger als Männer davon, dass ihre Schmerzen nicht ernst genommen wurden und sie deshalb den Arzt bzw. die Ärztin wechseln mussten. Die Differenz zu den nicht rassistisch markierten Männern beträgt dabei mindestens 10 Prozentpunkte und ist für alle betrachteten Frauengruppen statistisch signifikant. Die Diskriminierung in der ärztlichen Behandlungssituation trifft den vorliegenden Daten zufolge am stärksten muslimische und asiatische Frauen (muslimisch: 38,9 %, asiatisch: 36,5 %) und liegt indessen um 10 Prozentpunkte höher als bei nicht rassistisch markierten Frauen und etwa 20 Prozentpunkte höher als bei nicht rassistisch markierten Männern.

Abbildung 27. „Ich musste den Arzt/die Ärztin wechseln, weil meine Beschwerden nicht ernst genommen wurden“, nach Selbstidentifikation und Geschlecht (Unterschiede in Prozent)



Lesebeispiel: 38,9% der muslimischen Frauen geben an, dass sie schon einmal den Arzt/die Ärztin wechseln mussten, weil ihre Beschwerden nicht ernst genommen wurden. **Quelle:** NaDiRa.panel, Welle 0 (gewichtet), eigene Berechnungen. N = 15.018 (Ergebnisse kontrolliert für Alter und Bildung)

Vor allem muslimische (38,9 %) und asiatische Frauen (36,5 %) mussten schon einmal den Arzt/die Ärztin wechseln, da ihre Beschwerden nicht ernst genommen wurden.



Ausgehend von unseren Befunden zeigt sich hier primär wohl weniger ein „Morbus Mediterraneus“, da der sich ausschließlich auf Gruppen aus der Mittelmeerregion bezieht. Vielmehr lässt sich eine medizinische Praxis erkennen, die besser als ein „Morbus Aliorum“ zu bezeichnen wäre. Neben verschiedenen rassistisch markierten Gruppen weicht bei dieser Praxis auch das „andere Geschlecht“ von der gängigen Norm des „Männlichen“ ab (vgl. de Beauvoir 1951).

3.5 Fazit

Die in diesem Kapitel dargestellten Befunde zeigen, dass Diskriminierung und Rassismus in unterschiedlicher Weise in der Gesundheitsversorgung zum Ausdruck kommen.

Inanspruchnahme hoch, jedoch verzögert: Ein Großteil rassistisch markierter Menschen konnte zwar in den letzten zwölf Monaten medizinische Behandlung in Anspruch nehmen, die Analysen zeigen jedoch Unterschiede bezüglich des Zeitpunkts der Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen. Untersucht man nicht nur das Ob, sondern auch das Wann der gesundheitlichen Versorgung, zeigt sich, dass rassistisch markierte Menschen häufiger später oder gar nicht zum Arzt oder zur Ärztin gehen. Besonders gilt das für rassistisch markierte Frauen, wie geschlechterspezifische Analysen deutlich machen. So hat jede zweite bzw. dritte rassistisch markierte Frau, die häufig Diskriminierung im Gesundheitswesen erfährt, eine Behandlung im letzten Jahr verzögert oder vermieden. Unter Schwarzen, muslimischen und asiatischen Frauen ist es sogar jede zweite Person. Bei rassistisch markierten Männern ist dieser Wert geringer und betrifft jede dritte Person.

Barrieren bei der Suche nach psychotherapeutischer Behandlung: Im vorausgegangenen Kapitel wurde gezeigt, dass Menschen mit einem Namen, der nicht in Deutschland verbreitet ist, besonders bei der Terminanfrage bei psychotherapeutischen Praxen diskriminiert werden (siehe Kapitel [II.2](#)). Gleichzeitig zeigt sich im vorliegenden Kapitel, dass rassistisch markierte Menschen schneller die Suche nach einer psychotherapeutischen Behandlung aufgeben. Jede dritte rassistisch markierte Person, die Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung gesucht hat, brach die Suche nach einem Therapieplatz ab. Bei nicht rassistisch markierten Menschen ist es knapp jede fünfte Person. Unter denjenigen Personen, die häufig Diskriminierung im Gesundheitswesen erleben, fällt diese Resignation besonders stark aus: Mehr als die Hälfte Schwarzer, muslimischer und asiatischer Menschen gibt an, dass sie ihre Suche nach einem Therapieplatz aufgegeben hat. Die allgemeine Unterversorgung im psychotherapeutischen Behandlungsangebot trifft somit rassistisch markierte Personen besonders stark. Vor dem Hintergrund der aktuellen

Forschung zu den Effekten von Rassismus und Diskriminierung auf die psychische Gesundheit (vgl. Berger & Sarnyai 2015; Lee & Ahn 2011; Paradies et al. 2015; Pieterse et al. 2012; Priest et al. 2014; Williams & Mohammed 2013) ist es äußerst alarmierend, wenn das Gesundheitssystem daran scheitert, besonders vulnerablen Gruppen den gleichen Zugang zu gewähren und angemessene Leistungen zu erbringen.

Behandlungsqualität in Abhängigkeit von Rassifizierung und Geschlecht: Neben den Unterschieden im Zugang und in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, die sich zwischen rassistisch markierten und nicht markierten Menschen zeigen, finden sich auch Unterschiede in der Qualität der ärztlichen Behandlung. Viele Personen machen innerhalb der ärztlichen Versorgung die Erfahrung, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen werden. Hierbei werden geschlechterspezifische Differenzen sichtbar: Mehr als jede dritte rassistisch markierte Frau, aber auch über ein Viertel der nicht markierten Frauen geben an, dass sie deswegen schon einmal den Arzt bzw. die Ärztin wechseln mussten. Unter nicht rassistisch markierten Männern ist es knapp jede fünfte Person. Diese Erfahrung variiert nicht nur nach Geschlecht, sondern zusätzlich bezüglich der Selbstidentifikation mit einer rassistisch markierten Gruppe. Gegenüber nicht rassistisch markierten Männern machen rassistisch markierte Männer öfter Diskriminierungserfahrungen in der ärztlichen Behandlung, wobei die Anteile je nach Zugehörigkeit zu einer der rassistisch markierten Gruppen variieren. Am häufigsten berichten rassistisch markierte Frauen – insbesondere Musliminnen und Asiatinnen – davon, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen wurden und sie deswegen den Arzt oder die Ärztin wechseln mussten.

„Morbus Aliorum“: Verzerrte Diagnosen, die auf „Morbus Mediterraneus“, „Morbus Balkan“ oder das „Mamma-mia-Syndrom“ zurückgeführt werden können, beschränken sich jedoch nicht nur auf rassistisch markierte Personen aus bestimmten Herkunftsregionen, wie die Bezeichnungen implizieren. Vielmehr zeichnet sich der nicht rassistisch markierte Mann in der medizinischen Praxis als Norm ab, von der alle restlichen Personen, das heißt rassistisch markierte und nicht markierte Frauen sowie rassistisch markierte Männer, abweichen. Der „Morbus Aliorum“, die Krankheit der „Anderen“, beschreibt, dass nicht nur ein Großteil aller rassistisch markierten Gruppen dem Risiko ausgesetzt ist, von Ärzt*innen und anderem medizinischem Personal in seiner Schmerzsymptomatik nicht ernst genommen zu werden. Auch die Diskriminierungserfahrungen nicht rassistisch markierter Frauen können mit den bislang genutzten Begrifflichkeiten nicht eingefangen werden. Diese sogenannten Otheringprozesse (siehe Kapitel [II.4](#)) können zu Unterschieden in der Diagnose und der Therapie von gesundheitlichen Beschwerden führen. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass es insbesondere Frauen sind, die über alle Gruppen hinweg Gefahr laufen, eine inadäquate medizinische Versorgung zu erhalten.

4.



**Community-Perspektiven
auf Rassismus in der
Gesundheitsversorgung -
eine Community-basierte
partizipative Studie**

Tanja Gangarova, Lina Kabangu, Melike Yildiz



Während Rassismus in weiten Teilen der Welt als soziale Determinante von gesundheitlichen Ungleichheiten umfassend erforscht und anerkannt ist, gibt es in Deutschland kaum valide Studien zur gesundheitsbezogenen Rassismusforschung. Vereinzelt in den vergangenen Jahren entstandene Studien (siehe Abschnitt [Forschungsstand: Rassismus, Gesundheit und Gesundheitsversorgung](#)) geben punktuelle Einblicke und weisen darauf hin, dass rassistische Diskriminierung auch hierzulande einen Effekt auf die Gesundheit hat und sich auf die (Re-)Produktion von Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung auswirkt. Was in der bestehenden Literatur sowie im Zentrum des wissenschaftlichen und politischen Diskurses jedoch fehlt – mit einer Ausnahme (Aikins, M. A. et al. 2021) –, sind die Perspektiven der rassistisch markierten Communitys selbst. Die vorliegende Studie setzt an dieser systematischen Leerstelle an und geht folgenden Forschungsfragen nach:

- In welcher Weise und mit welchen Folgen erleben Schwarze, afrikanische und afrodiasporische sowie als muslimisch markierte Menschen Rassismus in der Gesundheitsversorgung?⁴⁶

Das Erkenntnisinteresse liegt auf gesundheitsbezogenen Formen und Dynamiken von Rassismus und auf den damit verbundenen Effekten und Konsequenzen. Die Studie nimmt Rassifizierungsprozesse in den Fokus und folgt somit einem aktuellen Review zu Rassismus im Gesundheitswesen (vgl. Hamed et al. 2022). Dabei interessiert nicht nur, wie vorherrschende Verhältnisse reproduziert werden, sondern auch, welche Möglichkeiten der Veränderung bestehen. Daraus ergibt sich die weitere Forschungsfrage:

- Wie sieht der Handlungsbedarf aus der Perspektive Rassismus-Erfahrener aus?

Um Rassismus aus der Perspektive Rassismus-Erfahrener zu erfassen, ist die Studie als Community-basierte partizipative Forschung (CBPR) angelegt.⁴⁷ CBPR zielt durch die gleichberechtigte Beteiligung der Menschen, deren Lebenswelt und Erfahrung beforscht wird, in allen Schritten des Forschungsprozesses auf eine dialogische Wissensproduktion ab. CBPR nimmt zudem den Forschungsprozess selbst in den Blick, da Rassismen und andere Prozesse, die gesellschaftliche Ungleichheit verursachen, auch in der forschenden Zusammenarbeit reproduziert werden können (vgl. Muhammad et al. 2018). Die vorliegende Studie regt daher an, kritisch über die epistemologischen Voraus-

⁴⁶ Im Rahmen der Studie wird der Fokus auf Erfahrungen in medizinischen Praxen und Krankenhäusern gelegt. Die Studie nimmt die Perspektiven von rassistisch markierten Personen selbst ein und verwendet daher die Selbstbezeichnungen dieser Gruppen.

⁴⁷ Unter Communitys werden in der CBPR Personen und/oder Kontexte verstanden, die vom Forschungsthema und den zu erwartenden Ergebnissen direkt betroffen sind (vgl. Horowitz et al. 2009). Es können beispielsweise nicht nur professionelle Akteur*innen in einem Kontext (Krankenhaus) beteiligt werden, sondern auch Mitglieder der Patient*innengruppen, um deren Gesundheit und Erfahrung es geht, sowie gegebenenfalls auch deren Angehörige und Interessenvertretungen (vgl. von Unger 2012). Darüber hinaus sollen Community-Partner*innen selbst und jeweils projektbezogen bestimmen, wer und was Community ist – und dies im weiteren Verlauf von anderen Community-Mitgliedern validieren lassen (vgl. Minkler 2005).

setzungen der Wissensproduktion nachzudenken und eine dynamische Kultur der ethischen (Selbst-)Reflexion in der Rassismusforschung zu etablieren.



4.1 Forschungsdesign: Vorgehen und Konzepte

In diesem Abschnitt wird zuerst die Forschungsstrategie der Community-basierten partizipativen Forschung (CBPR) sowie ihre Umsetzung in der vorliegenden Studie vorgestellt. In einem zweiten Schritt wird der theoretische Rahmen der herausgearbeiteten Studienergebnisse dargestellt. Dieser ergibt sich aus der partizipativen Auseinandersetzung mit den erhobenen Daten und dient als interpretative Folie für die qualitative Auswertung des empirischen Materials.

Forschungsperspektive: Community-basierte partizipative Forschung (CBPR)

Hegemoniale Wissensproduktion und Forschungspraxen haben historisch wesentlich zur Rechtfertigung von Unterdrückung beigetragen: Forschung wurde genutzt, um Versklavung und Kolonialisierung zu legitimieren, die Menschlichkeit rassistisch markierter Gemeinschaften zu negieren und die vermeintliche Überlegenheit von *weißen* Menschen nachzuweisen (vgl. Jackson, Caldwell & Sellers 2012; Savitt 1982; Washington 2008). Die medizinischen Experimente von Robert Koch an Schwarzen Menschen in Gebieten Ostafrikas (vgl. Bauche 2017) sind nur ein Beispiel für eine Forschung, die in der deutschen Geschichte staatlich-systematisch in kolonialen sowie nationalsozialistischen Gewaltkontexten erfolgt ist (vgl. zum NS: Jütte et al. 2011). Vor dem Hintergrund dieser historischen Entwicklungen ist eine ethische und methodologische Überprüfung der eigenen Forschungspraxis geboten (vgl. Chilisa, Major & Khudu-Petersen 2017; Siouti et al. 2022; Smith 2022). Besonders gilt es, kritisch zu befragen, welche Effekte die Erhebung von Forschungsdaten ohne Beteiligung der beforschten Communitys generiert, und diese stattdessen zu koproduzieren und zu teilen (vgl. Egid et al. 2021). Daher wendet die vorliegende Studie die Forschungsstrategie der Community-basierten partizipativen Forschung (CBPR) an. CBPR in der Gesundheitsforschung verlangt, dass Community-Vertreter*innen, um deren Erfahrung und Gesundheit es geht, von Anfang an gleichberechtigt an der Entwicklung der Forschungsfragen, an der Datenerhebung und -analyse sowie an der Interpretation und Verwertung der Forschungsergebnisse beteiligt werden (vgl. Wallerstein 2020). Ziel dabei ist, gemeinsam neues Wissen zu kreieren, das Empowerment aller Beteiligten zu fördern und Handlungsstrategien zu entwickeln, um gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen (vgl. Israel et al. 1998). CBPR als Forschungsstrategie strebt zudem an, das Machtgefälle zwischen Forschenden und Beforschten zu verringern (vgl. Gaventa & Cornwall 2015). Die Prinzipien von CBPR stellen dabei eine Besonderheit dar: Sie beinhalten eine explizite Aufforderung, Machtaspekte und Benachteiligung im Hinblick auf verschiedene Dimensionen (inklusive *race*) in jeder Forschungsphase kritisch zu reflektieren (vgl. Wallerstein et al. 2018).

CBPR bringt verschiedene Vorteile mit sich, unter anderem Zugang zu Gruppen, Lebens- und Erfahrungswelten, die über andere Formen der Forschung nur schwer erreichbar sind, Transparenz für forschungsethische Prozesse, adäquate Erhebungsinstrumente, eine kontext- und diversitätssensible Interpretation der Ergebnisse und relevante Handlungsempfehlungen, die erfolgreich in der Praxis umgesetzt werden können (vgl. Minkler 2005). Inzwischen zeigen zahlreiche Literaturreviews, dass CBPR einen positiven Einfluss auf die Gesundheitsergebnisse und den Wissenstransfer in marginalisierten Communitys haben kann (vgl. Drahota et al. 2016; O'Mara-Eves et al. 2015; Ortiz et al. 2020).

Umsetzung von CBPR in der vorliegenden Studie

Mit wie viel Partizipation CBPR-Studien umgesetzt werden, hängt von den Ressourcen der Beteiligten und den Rahmenbedingungen der jeweiligen Studie ab. In der vorliegenden Studie bildeten wir ein Team aus zwei Peer-Researcherinnen (den Ko-Forschenden: Lina Kabangu und Melike Yildiz) und einer Vertreterin der Forschungseinrichtung (Tanja Gangarova) – also den drei Autorinnen dieses Beitrags. Peer-Researcher*innen sind Akteur*innen aus den Communitys, um die es in der Forschung geht. Sie sind daher auf besondere Weise beteiligt: Sie werden zu Partner*innen im Forschungsprozess, das heißt, sie forschen, bestimmen und verwerten mit (vgl. Roche, Guta & Flicker 2010). Um ihre Beteiligung auch forschungspraktisch umsetzen zu können, wurden die Peer-Researcherinnen zuvor in den Bereichen Forschungsethik und Datenschutz, Studiendesign und Methodik, Fokusgruppen und Moderationstechniken, Datenmanagement und partizipative Datenauswertung geschult und für die Projektdauer als Honorarkräfte beschäftigt. Die beiden Peer-Researcherinnen bestimmten die Ausformulierung der Forschungsfragen, die Auswahl der Studienteilnehmenden, die Auswahl und Umsetzung der Erhebungsmethoden, die Analyse der Ergebnisse und ihre Verwertung wesentlich mit. Um die methodische Qualität der partizipativen Aus- und Bewertungen zu gewährleisten, wurde ein unabhängiger Fachbeirat einberufen und kontinuierlich in den Forschungsprozess einbezogen. Der Fachbeirat setzte sich aus drei Expert*innen (zwei davon of Color) mit Expertise im Bereich der Migrations-, Rassismus- und partizipativen Gesundheitsforschung zusammen.

Die Gewinnung von 14 Studienteilnehmenden – Schwarzen, afrikanischen, afrodiasporischen und als muslimisch markierten Menschen – erfolgte durch die Netzwerke der Peer-Researcherinnen.⁴⁸ Die Mehrsprachigkeit im Team war dabei eine wichtige Ressource. Die Studienteilnehmenden wurden möglichst divers zusammengesetzt, um ein breites Spektrum innerhalb der Communitys zu repräsentieren. Merkmale wie Geschlecht (sie-

⁴⁸ CBPR setzt den Aufbau von Beziehungen zu Community-Partner*innen voraus. Um einen ethischen Forschungsprozess im Rahmen der vorgesehenen Studienlaufzeit zu verwirklichen, wurde entschieden, vorerst mit Communitys zusammenzuarbeiten, zu denen bereits etablierte Zugänge bestehen. Die Einbeziehung weiterer Communitys wird in Folgestudien verwirklicht.



ben Frauen, sechs Männer, eine nicht-binäre Person), Alter (Menschen im Alter von 19 bis 65 Jahren), unterschiedliche Bildungsniveaus, Herkunft aus verschiedenen Ländern (Deutschland, der Türkei, Iran, Marokko, Algerien, Ägypten, Uganda, dem Kongo, Kenia, Kamerun), deutsche Staatsangehörige, Menschen mit verschiedenen Aufenthaltstiteln (Geflüchtete, Aufenthaltserlaubnis, Illegalisierte) sowie Wohnorte in verschiedenen Bundesländern wurden ebenso berücksichtigt.

Die qualitative Erhebung in Form von sechs Fokusgruppen (vgl. Bär et al. 2020) – je drei Fokusgruppen mit zwei Subsamples à sieben Teilnehmenden – wurde im Zeitraum von April bis Juni 2022 durchgeführt. Mit dem Ziel einer möglichst umfangreichen Partizipation, empirischer Verankerung und somit einer Nähe zum Erleben der Interviewten wurden die Fokusgruppen zweisprachig (in Deutsch und Englisch) und aufeinander aufbauend konzipiert. Der Themenaufbau der Leitfäden speiste sich aus den eingangs formulierten Forschungsfragen: a) Erfahrungen mit Barrieren und Diskriminierungen in der Gesundheitsversorgung sowie ihren Folgen, insbesondere bezogen auf anti-Schwarzen und antimuslimischen Rassismus, b) Strategien im Umgang mit Diskriminierungen und c) Handlungsempfehlungen der Teilnehmenden. Die sechs Fokusgruppen hatten eine Dauer von 90 Minuten und wurden aufgrund der Covid-19-Pandemie als Videokonferenzen abgehalten. Die Moderation wurde unter der Forscherin und den Peer-Researcherinnen dialogisch verteilt (vgl. Krueger & Casey 2015). Audioaufnahmen der Diskussionen wurden transkribiert und pseudonymisiert.

Die Datenauswertung erfolgte mittels DEPICT, einem partizipativ-konzipierten Verfahren für qualitative Analysen (vgl. Flicker & Nixon 2015). DEPICT zielt durch die Beteiligung von Peer-Researcher*innen in allen Schritten der Auswertung auf eine Demokratisierung des Prozesses ab. Das Fokusgruppenmaterial wurde entsprechend der DEPICT-Konzeption unter Anwendung der Software MAXQDA 2022 (VERBI Software 2021) ausgewertet, wobei sich induktives und deduktives Vorgehen wechselseitig ergänzten. Die vorläufigen Forschungsergebnisse wurden mit den Teilnehmenden der Fokusgruppen in zusätzlichen Sitzungen diskutiert und interpretiert – dies floss erneut in die Ergebnisse ein (vgl. Russo 2020).

Die Ethikkommission des DeZIM-Instituts⁴⁹ stufte die Studie in ihrem Votum als forschungsethisch unbedenklich ein (ID: DI-2022-0003). Die Studienteilnehmenden wurden ausführlich mündlich und schriftlich über den Sinn und Zweck der Studie, über die vertrauliche Behandlung der Forschungsdaten sowie über die Anonymität und Freiwilligkeit ihrer Teilnahme informiert. Die Studienteilnehmenden konnten ihre Mitwirkung zu jedem Zeitpunkt zurückziehen. Sie entschieden selbst, ob, wie und welche personenbezogenen Daten erhoben, interpretiert und veröffentlicht werden dürfen – dialogisch und prozesshaft. Von allen wurden dazu eine schriftliche und eine mündliche Einverständnis-

⁴⁹ Die Ethikkommission des DeZIM-Instituts ist ein Gremium des DeZIM-Instituts, das Forschungsvorhaben von Wissenschaftler*innen des DeZIM-Instituts bezüglich ihrer ethischen Unbedenklichkeit prüft (<https://www.dezim-institut.de/institut/ueber-das-dezim/gremien/ethikkommission>; zuletzt abgerufen am 06.07.2023).

erklärung eingeholt. Forschungsethische Reflexionen fanden in allen Studienphasen Anwendung, und zwar in Form von Feedback-Schleifen innerhalb des Kernteams, mit dem Fachbeirat und mit externer Supervision.

Theoretische Konzepte

Zentrale theoretische Bezugspunkte der vorliegenden Studie und ihrer Ergebnisse sind die Konzepte des Otherings (vgl. Said 1978; Spivak 1985, 1988) und des Silencings (vgl. Dotson 2011). Während diese Konzepte allgemein und in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen anwendbar sind, werden sie in der vorliegenden Studie auf die Gesundheitsversorgung bezogen.

Othering

Das aus der postkolonialen Theorie stammende Konzept des Otherings beschreibt einen Unterscheidungsprozess, in dem ein imaginiertes „Wir“ in Abgrenzung zu den „Anderen“ und „Fremden“ diskursiv hervorgebracht wird. Dabei werden das „Wir“ als Norm und das „Andere“ als Abweichung gesetzt und in ein hierarchisches Verhältnis gebracht (vgl. Said 1978). Othering reproduziert so eine niedrigere, minderwertigere Position und führt zur Unterwerfung und Ausgrenzung der vermeintlich „Anderen“ (vgl. Mecheril 2009). Durch diese binäre Kategorisierung wird die ungleiche Verteilung von Privilegien und sozialen Ressourcen legitimiert, und es werden bestehende Machtverhältnisse abgesichert (vgl. Riegel 2016). Othering ist auf unterschiedlichen sozialen Ebenen (interpersonell, institutionell, strukturell) relevant und kann sich auf verschiedene soziale Dimensionen beziehen (ebd.), sodass mehrere Diskriminierungsformen ineinandergreifen können (Intersektionalität) (vgl. Spivak 1985). Kien Nghi Ha et al. (2007) weisen darauf hin, dass „Weiße ‚Normalität‘“ auch in deutschen Institutionen und Strukturen verankert ist und durch Othering-Prozesse einseitige Sprechverhältnisse geschaffen werden: „Die Weiße Norm spricht, beurteilt und bleibt in diesem machtvollen Prozess unsichtbar; die ‚Anderen‘ werden besprochen, analysiert und abgewertet und so zu vermeintlich stummen, geschichtslosen Objekten“ (Ha, K. N., al-Samarai & Mysorka 2007: 10; vgl. auch Spivak 1988). Daraus resultiert, dass die als „Andere“ kategorisierten Personen in ihrer Position als Wissende nicht (an-)erkannt und gehört, sondern diskriminiert und/oder zum Schweigen gebracht werden.

Hegemoniale Diskurse in postkolonialen westlichen Gesellschaften sind nach wie vor von Othering-Prozessen geprägt. So zeigen Grove und Zwi (2006), wie Geflüchtete im öffentlichen Diskurs in westlichen Aufnahmeländern in erster Linie als Bedrohung dargestellt werden und sich das im Public-Health-Bereich verschränkt. Auch ethnische Kategorien, mit denen gesundheitswissenschaftliches Wissen über Migrant*innen generiert wird, können Othering-Effekte hervorbringen, indem das Bild von Migrant*innen als (potenziellen) „Krankheitsträgern“ übermittelt wird (vgl. von Unger, Odukoya & Scott 2016).



Ebenso abwertende Ausdrücke, die in Kontexten der Gesundheitsversorgung institutionalisiert sind, basieren auf weitverbreiteten rassistischen Annahmen. Das sogenannte Mittelmeer-Syndrom bzw. Morbus Mediterraneus (siehe auch Kapitel [II.3](#)) ist zum Beispiel ein abwertender Begriff für das Vorurteil, dass Migrant*innen beim Ausdruck ihrer Schmerzen zu Übertreibungen neigen (vgl. Castañeda 2012). Othering ist eingebettet in Diskurse der Macht und Repräsentation (vgl. Akbulut & Razum 2022), die soziale Praktiken und Interaktionen auch in Kontexten der Gesundheitsversorgung prägen.

Johnson et al. (2004) zeigen in einer qualitativ-ethnografischen Studie Zusammenhänge zwischen Othering und gesundheitlicher Ungleichheit am Beispiel der Gesundheitsversorgung südasiatischer Frauen in Kanada. Sie dokumentieren die Prägung der Diagnostik und Behandlung durch stereotypisierende Zuschreibungsmuster, Wir- sie-Unterscheidungen und damit die Konstruktion der Patientinnen als „Andere“. Othering-Prozesse als Grundmuster von anti-Schwarzem Rassismus in der deutschen Gesundheitsversorgung weisen M. A. Aikins et al. (2021) nach: Sie zeigen, wie rassistische Denk- und Verhaltensmuster den Zugang zur medizinischen Versorgung auf struktureller und individueller Ebene erschweren. Neben der Konstruktion von Schwarzen Patient*innen als „Andere“ findet eine permanente Abwertung und Leugnung ihrer Erfahrungen statt, die zur „Normalisierung der Ausübung von Anti-Schwarzem Rassismus“ (ebd.: 147) führt. Hamed et al. (2020) analysieren Rassismuserfahrungen von Patient*innen in Schweden, Deutschland und Portugal als strukturelle Gewalt, die den Zugang zur Versorgung sowie die Behandlung negativ beeinflusst. In dieser und weiteren Studien über Rassismuserfahrungen von Schwarzen und Patient*innen „mit Migrationshintergrund“ in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland (vgl. Gerlach et al. 2012; Gerlach, Becker & Abholz 2008) berichten die Befragten von Respektlosigkeit und davon, dass sie nicht als vollwertige Gesprächspartner*innen (an-)erkannt, sondern als „anders“ wahrgenommen werden. Bei den medizinischen Fachkräften zeigen sich widersprüchliches Verhalten, Abwertung und geäußertes Distanzerleben gegenüber den Patient*innen (vgl. Gerlach et al. 2008) sowie Zuschreibungen von kollektiven Eigenschaften, wie zum Beispiel Schmerztoleranz (Gerlach et al. 2012; Aikins, M. A. et al. 2021; Hamed et al. 2020; siehe auch Kapitel [II.5](#)) oder Hypersexualität (Aikins, M. A. et al. 2021). Diese Zuschreibungen gehen oft mit Fehldiagnosen oder Verzögerungen der Behandlungen einher (Aikins, M. A. et al. 2021; Hamed et al. 2020; Gerlach, Becker & Abholz 2008). Wiederkehrende Konfrontationen mit Othering in Kontexten der Gesundheitsversorgung führen zu schwerwiegenden psychischen Belastungen und einem Vertrauensverlust in die Versorgungsstrukturen (vgl. Aikins, M. A. et al. 2021; Hamed et al. 2020; siehe auch Kapitel [II.3](#)).

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung ist darüber hinaus für Personen im Asylverfahren besonders eingeschränkt. Laut Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) haben Asylsuchende in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthalts lediglich einen eingeschränkten Anspruch auf Gesundheitsleistungen, wie zum Beispiel die Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, eine Betreuung bei Schwangerschaft und Geburt sowie auf Impfungen (vgl. Gottlieb & Schülle 2021). In sieben Bundesländern erfolgt der

Zugang dazu über die Leistungsbehörden – das heißt, es entscheidet in der Regel medizinisch nicht sachkundiges Personal, ob der Besuch einer Arztpraxis erforderlich ist (vgl. Lindner 2022). Vereinzelt Studien konzeptualisieren diese Einschränkungen als Teil von Othering-Prozessen im Sinne systematischer Marginalisierung und sozialer Exklusion (Bozorgmehr & Razum 2015). Darüber, wie Asylsuchende ihren Zugang zur Gesundheitsversorgung erleben, ist wenig bekannt. Wenngleich Rassismus nicht explizit benannt wird, geben einige Studien Hinweise auf rassistische Diskriminierung, die sich in Form von Ablehnungserfahrungen, Behandlungsverzögerungen, Fehlbehandlungen und Sprachbarrieren äußert (vgl. Nowak & Hornberg 2022; Spura et al. 2017).

Silencing

Silencing ist ein Konzept aus der postkolonialen Theorie, das beschreibt, wie marginalisierte Gruppen zum Schweigen gebracht werden. Ausgehend von Spivaks (1988) Verständnis von epistemischer Gewalt, also der Verschränkung von Macht und Wissen, arbeitet die US-amerikanische Philosophin Kristie Dotson unterschiedliche Varianten von Silencing-Prozessen auf der Mikroebene konzeptuell aus und zeigt, wie diese dazu führen, dass Marginalisierte nicht gehört werden (vgl. Dotson 2011). Mit dem Begriff „Testimonial Quieting“ bezeichnet sie Fälle, in denen eine sprechende Person – etwa aufgrund diskriminierender Vorurteile und Stereotypen – durch das Gegenüber wiederholt nicht als Wissende (an-)erkannt und ihr die Handlungsfähigkeit abgesprochen wird. Beim „Testimonial Smothering“ hingegen bringt sich eine sprechende Person aufgrund einer von ihr wahrgenommenen Ignoranz des Gegenübers selbst zum Schweigen, indem sie sich verstellt oder ihr Sprechen verkürzt (vgl. ebd.: 244). Mit Bezug auf Patricia Hill Collins (2000) und Charles W. Mills (2008) argumentiert Dotson, dass das Nichthören eine aktive Praxis des Nichtwissens oder auch Nicht-wissen-Wollens darstellt, die in die Kolonialität von Macht und Wissen fundamental eingeschrieben ist (vgl. ebd.: 242). Beide Formen des Silencings können durch rassistische Mikroaggressionen ausgelöst werden (vgl. Sue et al. 2007, zu Mikroaggressionen vgl. auch Spanierman & Clark 2023).

Hamed et al. (2020) zeigen, wie asymmetrische Machtverhältnisse in der Gesundheitsversorgung Patient*innen dazu bringen, durch Othering erfahrene Belastungen zu verschweigen. Qualitative Studien mit medizinischen Fachkräften in Schweden und Kanada dokumentieren, wie Rassismuserfahrungen am Arbeitsplatz aus Angst vor Konsequenzen nicht thematisiert werden (vgl. Ahlberg et al. 2022; Beagan, Bizzeth & Etowa 2022). Stattdessen werden die daraus resultierenden Emotionen und Gefühle unterdrückt. Die Studien legen nahe, dass Silencing-Prozesse zur Normalisierung von Rassismus in der Gesundheitsversorgung führen können.

Die Konzepte Othering und Silencing sind miteinander verschränkt. Eine analytische Trennung ermöglicht es aber, die Reproduktion von Rassismus auf unterschiedlichen Ebenen nachvollziehen zu können. Der hier skizzierte Rahmen soll als Interpretations-

folie für die herausgearbeiteten Ergebnisse dienen und zu ihrem Verständnis und ihrer Einordnung beitragen.



4.2 Ergebnisse

In der Datenanalyse erweisen sich zwei wechselseitig verknüpfte Dynamiken als zentral:⁵⁰

- a. Zum „Anderen“ gemacht werden (Othering): In einem mehrdimensionalen Prozess werden die Studienteilnehmenden in der Gesundheitsversorgung als nicht zugehörig und abweichend kategorisiert und in der Folge abgewertet.
- b. Zum Schweigen gebracht werden (Silencing): Die Studienteilnehmenden finden kein Gehör, weil sie zum Schweigen gebracht werden oder sich aufgrund schlechter Vorerfahrungen oder Angst nicht mehr äußern.

Diese Dynamiken werden anhand des empirischen Materials (Interviewpassagen aus den Fokusgruppen) dargestellt und theoretisch eingeordnet. Die beschriebenen Dynamiken zeigen sich in den Daten als eng miteinander verflochten. Für ein besseres Verständnis werden sie als getrennte Entitäten dargestellt. Sie umfassen einerseits die Dimensionen der gesundheitsbezogenen Praxis sowie andererseits der gesundheitsbezogenen Politiken.

Zum „Anderen“ gemacht werden (Othering)

Die geschilderten Erfahrungen der Studienteilnehmenden in der Gesundheitsversorgung können mit einem Prozess der Erzeugung der „Anderen“ (Fremdheitskonstruktion) beschrieben werden. In Interaktionen in der Gesundheitsversorgung werden sie als wesentlich „Andere“ (fremd) verortet. Das Gegenüber nimmt Aspekte wie Name, Hautfarbe, Kopftuch, tatsächliche oder vermeintliche Religion, Sprache, dunkle Haare, Bart wahr – sogenannte Marker – und schließt daraus zunächst auf eine spezifische Gruppenzugehörigkeit und in der Folge auf stereotype Attribute.

Die folgende Passage aus einem Fokusgruppengespräch veranschaulicht, wie die Wahrnehmung eines Markers wie das Schwarzsein dazu führt, dass Schwarze Menschen von medizinischen Fachkräften entindividualisiert, als Gruppe homogenisiert und als wesentlich anders, hier zum Beispiel schmerzunempfindlich, konstruiert werden:

⁵⁰ Weitere Dynamiken, die aus den Erfahrungen der Studienteilnehmenden herausgearbeitet wurden, werden in Folgeveröffentlichungen dargestellt.

„*Sie sehen halt nicht, dass wir individuelle Menschen sind, jeder Mensch ist anders so [...] nur weil der eine Patient [...] schmerzresistent ist, heißt das nicht, dass alle Menschen, die aus Afrika sind, keine Schmerzen empfinden.*“ (Paul)

Zudem wird beschrieben, wie sich der Prozess der Erzeugung der „Anderen“ auf kontemporäre und kolonial geprägte rassistisch-diskursive Wissensbestände stützt. Bereits während der Kolonialzeit erfolgten spezifische Projektionen auf Schwarze Körper, etwa die Annahme, dass alle Schwarzen Menschen weniger sensibel für Schmerzen seien (vgl. Bourke 2014). In der folgenden Passage wird deutlich, wie diese Vorstellungen mit Annahmen über die schlechte Gesundheitsversorgung ökonomisch schlechter gestellter Länder verbunden werden. Dadurch kann es zu Benachteiligungen kommen:

„*Im Gesundheitswesen denken viele, dass Schwarze Menschen viele Schmerzen aushalten können, weil sie kommen aus Ländern, wo viele arm sind und wo man nicht viel hat, wo man mit Schmerzen umgehen lernen musste, wo medizinische Versorgung eh total schlecht ist, deswegen kann man die lange warten lassen – also wie in meinem Fall.*“ (Lilliane)

In den Fokusgruppen werden spezifische Erzeugungspraktiken der „Anderen“ in der Gesundheitsversorgung nachgezeichnet, die je nach aufgerufenen Markern und Wissensdiskursen variieren. Während Schwarzen Menschen Schmerzunempfindlichkeit zugeschrieben wird (vgl. auch Gerlach et al. 2012; Aikins, M. A. et al. 2021), wird muslimisch gelesenen Menschen Schmerzüberempfindlichkeit (vgl. Castañeda 2012) unterstellt. Die muslimisch gelesenen Studienteilnehmenden berichten, dass ihnen und ihren Verwandten Behandlungen verwehrt wurden, weil ihre Beschwerden nicht ernst genommen wurden – mit schwerwiegenden Folgen. Diese Erfahrungen decken sich mit den Ergebnissen der quantitativen Befragungen aus dem NaDiRa.panel (siehe Kapitel [II.3](#)):

„*Sie [Notaufnahme im Krankenhaus] haben gesagt: ‚Nein, nein, Sie sollen sich nicht so anstellen.‘ Und irgendwann hat er absolut nicht mehr atmen können. Den haben sie dieses Mal mit dem Rettungswagen ins Krankenhaus gebracht. Da kam dann raus, dass er tatsächlich Corona hat. [...] Er musste direkt beatmet werden. [...] Er war dreifach geimpft. [...] Sie haben sogar beim Hausarzt angerufen, um zu fragen, ob das wirklich wahr ist oder nur gefakt. Irgendwann rief der Hausarzt: ‚Ach ja, der PCR-Test war positiv.‘ ‚Danke. Die Info brauchen wir nicht. Er liegt schon im Sterben.‘“ (Pari)*

Intersektionale Dynamiken deuten sich in Darstellungen an, in denen einer Schwarzen Patientin ungefragt in der Gynäkologie ein HIV-Test angeboten wird. Dahinter liegt die kolonial geprägte Zuschreibung von der Hypersexualität Schwarzer Menschen, hier Frauen (vgl. Collins 2000), und als Überträger*innen von Krankheiten. Diese schreiben sich auch

in gegenwärtige Diskurse ein, wie bereits andere deutsche Studien aufzeigten (vgl. Scott, von Unger & Odukoya 2017). In der Folge berichten Schwarze Studienteilnehmerinnen, dass ihnen HIV-Testungen angeboten wurden:

” *„Du gehst zum Frauenarzt, und sie fragen dich: ‚Haben Sie schon einen HIV-Test gemacht?‘ Nur weil du Schwarz bist, wollen sie dich testen.“*
(Rose, eigene Übersetzung aus dem Englischen)

Unterschiedliche Marker führen zu unterschiedlichen Annahmen trotz vergleichbarer Sachverhalte: Während Schwarze Frauen in der Gesundheitsversorgung hypersexualisiert werden (siehe auch Aikins, M. A. et al. 2021), wird muslimischen Frauen eine eigenständige Sexualität abgesprochen – eine Annahme, die mitunter an koloniale Deutungen der muslimischen Kopfbedeckung als Symbol von Frauenunterdrückung anknüpft (vgl. Attia 2014). So zeigt das folgende Zitat, wie eine muslimische Teilnehmerin von der Frauenärztin automatisch einer Gruppe von „Frauen einer gewissen Kultur“ zugeordnet wird – mit der Annahme, die Patientin sei sexuell nicht sehr aktiv, sodass es keinen Grund gebe, gewünschte Gesundheitsdienstleistungen durchzuführen:

” *„Als ich einmal die Frauenärztin nach einer STI-Untersuchung⁵¹ gefragt habe. Sie war bestürzt und meinte, ich sollte mir keine großen Sorgen machen, das sei eher unwahrscheinlich bei Frauen aus meiner Kultur. Bei Frauen aus meiner Kultur?“* (Taslima)

Das Zitat verweist zudem implizit auf eine Distanzierung der Ärztin von einer Kultur, die sie als nicht ihre, sondern als „andere“ etikettiert. Studien von Gerlach et al. (2008) und Johnson et al. (2004) weisen eine solche Unterscheidung zwischen einer vermeintlich „eigenen“ und einer vermeintlich „fremden“ Kultur empirisch nach (siehe auch Kapitel [II.5](#)).

Auch andere Narrative über Muslime finden Eingang in die interpersonelle Kommunikation in der Gesundheitsversorgung und können geschlechterspezifische Einflüsse aufzeigen. Ein Studienteilnehmer beschreibt, wie er, als Muslim gelesen, mit islamistischen Attentätern assoziiert wird und dies seine Behandlungsqualität negativ beeinflusst:

” *„Er verschrieb mir ein Medikament, das psychische Nebenwirkungen hat. ‚Sie müssen vorsichtig sein, denn einer der Leute im Flugzeug von 09/11 hatte dieses Medikament genommen.‘ Er assoziierte mich mit dem Terroristen, statt mir zu sagen, dass Leute aggressiv, depressiv etc. werden können, wie es im Beipackzettel steht. Diese Annahmen über mich führten dazu, dass meine Fragen nicht beantwortet wurden, mir nicht*

⁵¹ STI steht für die Abkürzung des englischen Begriffs „Sexually Transmitted Infections“ und meint sexuell übertragbare Infektionen. Mehr Informationen dazu finden sich auf der Seite des Bundesministeriums für Gesundheit: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/s/sexuell-uebertragbare-infektionen-sti.html>, zuletzt abgerufen am 09.08.2023.



die beste Behandlung gegeben wurde, und ich generell das Gefühl hatte, dass man sich nicht um mich kümmert.“ (Ahmad, eigene Übersetzung aus dem Englischen)

Wie sich durch die aufeinander aufbauenden Fokusgruppen zeigt, bilden die geschilderten Erfahrungen keine Einzelfälle. Vielmehr erkennen die Teilnehmenden ein sich wiederholendes Muster:

” *„Nach dem letzten Gespräch [Fokusgruppe] ist mir bewusst geworden, dass solche Ereignisse, ob im Gesundheitssystem oder sonst wo, dass sie keine Einzelfälle sind. [...] Jeder hat etwas zu erzählen und anscheinend so was schon mehrfach erfahren.“ (Paul)*

Die normativen Prozesse der Erzeugung der „Anderen“ werden von den Studienteilnehmenden als sehr wirkmächtig beschrieben, wie die folgende Passage zum Ausdruck bringt:

” *„Solche Fälle genau im Moment passieren, wo man sie nicht erwartet [...] beim Gesundheitsamt ist oder zur Arztpraxis geht. [...] in solchen Momenten kriegt man sozusagen Reality Check [...] man fühlt sich unwohl und auch nicht respektiert, man denkt sich so: Krass, ich lebe den Alltag ganz normal, ich habe mich an den Gesetzen gehalten und tue alles [...] aber dann gibt es zwischen den Zeilen immer wieder so Momente, die einen wieder zurückholen und dir zeigen: Es läuft anders.“ (Paul)*

Es zeigt sich, dass es unabhängig vom eigenen Auftreten nicht immer möglich ist, sich Othinging-Prozessen zu entziehen, sie zu kontrollieren und zu beeinflussen.

Die gesundheitspolitische Erzeugung der „Anderen“

Die Gesetzgebung, konkret das Asylbewerberleistungsgesetz, wird in den Fokusgruppen als bedeutsamer Rahmen einer Markierung als „anders“ zum Regelfall deutlich. Studienteilnehmende beschreiben, wie gesetzliche Vorgaben nicht nur den Zugang zur medizinischen Versorgung erschweren, sondern Ausgrenzungspraktiken der zuständigen Institutionen legitimieren und verstetigen. Die nachfolgende Passage verdeutlicht die Entstehung, Wechselwirkung und Reproduktion von strukturellem, institutionellem und interpersonellem Rassismus in der Gesundheitsversorgung:

” *„Es gibt auch strukturelle Faktoren wie bestehende deutsche Gesetze, die den Zugang zu Medikamenten und medizinischer Behandlung blockieren. Personen, die dieses und jenes nicht haben, dürfen dieses und jenes nicht bekommen. Diese Gesetze helfen Behörden, wie Ausländerbehörde und Sozialamt, zu sagen: ‚Wir handeln entsprechend den gesetzlichen*

*Bestimmungen. Das steht im Gesetz, wir handeln nicht diskriminierend.“
(Rose, eigene Übersetzung aus dem Englischen)*



Aussagen von teilnehmenden Geflüchteten zeigen, wie die gesetzlich vorgeschriebene Vergabe von Behandlungsscheinen durch die Sozialämter zur Verzögerung oder sogar Verhinderung der medizinischen Behandlung von kranken Menschen führt. Dabei entscheidet nicht medizinisch qualifiziertes Personal über die Notwendigkeit einer solchen Behandlung:

” *„Das sind furchtbare Momente, weil ich wirklich krank war und meine Medikamente brauchte. Schließlich bekam ich meinen Schein, aber zu spät, nach einer Woche.“ (Aziz, eigene Übersetzung aus dem Englischen)*

” *„Zu Beginn des Asylverfahrens musste ich immer zum Sozialamt gehen und den Sachbearbeiter überzeugen, dass ich wirklich einen Facharzt brauche.“ (Peroz)*

Selbst wenn die Mitarbeitenden im Sozialamt überzeugt werden und die erkrankte Person einen Behandlungsschein erhält, ist die notwendige medizinische Behandlung nicht gesichert – auch wenn aufseiten der Ärzt*innen guter Wille vorhanden ist. Denn die im Asylbewerberleistungsgesetz verankerte Einschränkung der Gesundheitsleistungen für Asylsuchende bestimmt über die medizinischen Handlungsoptionen (vgl. Gottlieb & Schülle 2021):

” *„Allerdings meinte er [der Zahnarzt], dass er meine Zähne nicht behandeln darf, weil ich noch im Asylverfahren bin, die Kosten der Behandlung werden nicht übernommen. Er darf nur meine Zähne entfernen.“ (Taslina)*

Diese Aussagen verdeutlichen, wie das Asylbewerberleistungsgesetz über Institutionen (Sozialamt und ärztliche Praxen) und ihre Mitarbeitenden wirkt: durch nicht bewilligte oder reduzierte medizinische Leistungen und durch unsachgemäße Vorbeurteilungen. 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, Keynaert & Hammonds 2019) und trägt zur sozialen Exklusion der betroffenen Menschen bei (vgl. Bozorgmehr & Razum 2015).

Internalisierung von Othering-Erfahrungen

Einzelne oder andauernde Erfahrungen mit Othering und rassistischer Ungleichbehandlung werden von den Studienteilnehmenden häufig als schmerzhaft beschrieben und können negativen Einfluss auf die selbst wahrgenommene (Menschen-)Würde und den Selbstwert ausüben:

” „Ich habe da angerufen [...] Termin wurde geregelt [...] bis sie mich nach meinem Namen gefragt haben [...] und dann hieß es: ‚Ja, der besagte Termin, der ist nicht möglich. Rufen Sie zu einem späteren Zeitpunkt an.‘ [...] Das war halt so ein bisschen schmerzhaft – zum einen, weil ich dann natürlich länger auf einen Termin warten muss, und zum anderen ist mein Name ein Teil meiner Identität [...] Das kratzt an der eigenen Würde, um ehrlich zu sein.“ (Hamid)

Bei einigen Studienteilnehmenden lösen diese Erfahrungen eine Wahrnehmung des eigenen Selbst als „anders“ aus – ein Beispiel dafür, dass Rassismus „auch innerhalb der dominierten Subjekte wirksam“ (Hall 1994: 20) und Othering internalisiert wird. Das kann bei Menschen das Gefühl auslösen, minderwertig zu sein (vgl. auch Hamed et al. 2020) und sich selbst infrage zu stellen. Manche versuchen auch, durch ein stärker angepasstes Auftreten in der Arztpraxis eine weniger entwürdigende Behandlung zu erhalten und damit ihren Selbstwert zu bewahren:

” „Ich frage mich, warum – und natürlich ist das eine der psychischen Folgen von Diskriminierung, von Kranksein im Gesundheitssystem, mit dem Gefühl, nicht versorgt zu werden. Also das ist es, warum du dich selbst infrage stellst. Warum passiert das? Stimmt etwas nicht mit mir? Habe ich etwas falsch gemacht oder sollte ich mich anders verhalten, damit die Ärzte sich um mich kümmern?“ (Ahmad, eigene Übersetzung aus dem Englischen)

Die beschriebenen Erfahrungen mit Othering in der Gesundheitsversorgung gehen oft mit schwerwiegenden psychischen Belastungen für die Betroffenen einher (vgl. auch Aikins, M. A. et al. 2021, siehe auch Kapitel [11.3](#)). Die Verinnerlichung der Zuschreibung, „anders“ zu sein, kann in Einzelfällen auch dazu führen, dass Menschen daran zweifeln, es „wert“ zu sein, eine gute Behandlung zu erhalten, wie folgende Aussage zum Ausdruck bringt:

” „Man wird, wie gesagt, nicht respektiert und irgendwann respektiert man sich selbst auch nicht mehr. Man sagt dann: ‚Boah, es bringt nichts, zum Arzt zu gehen, ich bleib lieber zu Hause und halte die Schmerzen aus.‘“ (Paul)

Das Zitat zeigt, dass Menschen aus Sorge vor einer schlechten Behandlung darauf verzichten, eine*n Ärzt*in aufzusuchen (siehe auch Kapitel [11.3](#)). Diese Dynamik wird im Weiteren genauer betrachtet.

Zum Schweigen gebracht werden

In den geschilderten Erfahrungen der Studienteilnehmenden wird Silencing als eine weitere Dynamik erkennbar. Anhand der Aussagen lassen sich zwei ineinandergreifende For-



men dieser Dynamik nachzeichnen: (1) Studienteilnehmende werden vom medizinischen Personal etwa aufgrund rassistischer Vorurteile nicht als wissende und handlungsfähige Subjekte (an-)erkannt und (an-)gehört („Testimonial Quieting“), (2) Studienteilnehmende artikulieren ihre Anliegen erst gar nicht, weil sie aufgrund erfahrungsbasierter Vorannahmen davon ausgehen, dass das Gegenüber kein angemessenes Verständnis für ihre Anliegen hat („Testimonial Smothering“). Auch Ängste vor möglichen Konsequenzen auf die Artikulation ihrer Anliegen führen zum Schweigen und beeinflussen ihre Versuche, Handlungsfähigkeit herzustellen.

Zum Schweigen gebracht werden – das kann in der direkten, interpersonellen Begegnung geschehen. Folgende Passage veranschaulicht, wie ein religiöses Symbol, hier das Kopftuch, als Marker für eine kulturalisierende Vorstellung über Bildungsdefizite von Frauen fungiert. Die Stimme der Studienteilnehmerin findet kein Gehör, sodass sie ihre Bedürfnisse nicht auf Augenhöhe äußern kann – in der Folge können Entscheidungen an der Patientin vorbei getroffen werden:

” *„Und so hast du sehr oft die Situation, wie ich sie beim Arzt erlebt habe, dass sie dich fragen, ob du diese Dokumente selbst lesen kannst. Sie unterhalten sich mit mir auf Deutsch, hatten aber schon vermutet, dass du Analphabetin bist [...], weil ich Kopftuch habe. Oder dass sie unbedingt jegliche Entscheidungen über meinen Körper treffen wollen.“*
(Taslina)

Auch wenn Studienteilnehmende nicht wortwörtlich stumm bleiben, wird das von ihnen artikuliert Wissen entwertet oder aktiv ignoriert. Ihre Bitten werden missachtet oder nicht gehört, womit zum Teil schwerwiegende gesundheitliche Folgen einhergehen können. Eine andere Studienteilnehmerin schildert:

” *„Er [der Arzt] hat gesagt: ‚Ich möchte eine vaginale Sonografie machen.‘ [...] ‚Ich möchte nicht vaginal.‘ Dann sagte er zu mir: ‚Wie lange bist du schon in Deutschland? So, so, noch nicht integriert.‘ [...] ‚Nein, ich möchte nicht, dass Sie mich als Mann vaginal untersuchen. Ich habe selbst eine Ausbildung zur Sonografie gemacht, und ich weiß, dass es auch anders geht.‘ Er meinte: ‚Wenn du keine vaginale Untersuchung magst, dann kann ich nichts für dich machen. Tschüss!‘ [...] Ich wusste, eine Blutung ist nicht gut, ich hatte auch Schmerzen. Nach einer Woche war das Baby weg.“* (Mahnusch)

Es zeigt sich in den Aussagen, wie wiederholte Erfahrungen mit Otherring und Entwertung dazu führen können, dass Kontexte der Gesundheitsversorgung ein unsicheres Umfeld zur Kommunikation von Anliegen darstellen. Manche Studienteilnehmenden entwickeln entsprechende Umgangsweisen, um Erfahrungen zu verarbeiten oder sich zu schützen. Zu diesen gehört es, zu verdrängen, zu ignorieren und sich bewusst zu entscheiden zu schweigen:

” *„Ich arbeite im medizinischen Bereich, an die privaten Erfahrungen im Kontext kann ich mich nicht mehr erinnern, weil ich vieles verdrängt habe. Das ist genau Rassismus für mich.“ (Pari)*

Die Strategie des Ignorierens wird als schmerzhaft beschrieben und deutet auf die emotionale Arbeit hin, die seitens der Teilnehmenden geleistet wird:

” *„Es schmerzt, es ist nicht leicht, aber wenn du zu viel Rassismus erfahren hast, in der Arztpraxis, bei den Behörden, durch die Polizei ... du ignorierst es, du schweigst – verstehst du?“ (Aziz, eigene Übersetzung aus dem Englischen)*

Teilnehmerinnen berichten davon, dass sie versuchen, nicht aufzufallen, indem sie angepasst auftreten. Einige verzichten auf das Tragen eines Kopftuchs, um Differenzmarker zu reduzieren und damit einer potenziellen rassistischen Diskriminierung als Muslima vorzubeugen:

” *„Ich warte, bis irgendwann auch meine Tochter kein Kopftuch mehr will, weil sie so viele schlechte Erfahrungen hat. Und sie hat auch Freunde, sie ziehen kein Kopftuch.“ (Mahnusch)*

Silencing lässt sich primär über seine spezifischen Rahmenbedingungen verstehen, wie Dotson (2011) und Bradby et al. (2019) argumentieren. In der Gesundheitsversorgung werden bei den hier beschriebenen Silencing-Prozessen asymmetrische Machtverhältnisse besonders deutlich: Das Gesundheitssystem wird meist dann aufgesucht, wenn Menschen zwingend auf Hilfe angewiesen sind (vgl. Bartig et al. 2021: 17). Medizinische Fachkräfte verfügen zudem über medizinische Ressourcen und professionelles Wissen, was sie in eine Machtposition gegenüber den Hilfesuchenden versetzt. Die Abhängigkeiten und Vulnerabilitäten, die dadurch entstehen, machen es für die Betroffenen besonders schwer, sich gegen rassistische Diskriminierung zu wehren. Ein Studienteilnehmer beschreibt die Hemmung, Rassismus zu benennen – aus Sorge, die Ärzt*in-Patient*in-Beziehung sowie daraus resultierend die Qualität der medizinischen Behandlung zu gefährden:

” *„Manchmal möchtest du dich beschweren, aber du möchtest das Wort Rassismus nicht in den Mund nehmen [...] du trägst zwar immer noch die Last, diskriminiert worden zu sein, versuchst aber trotzdem, es nett auszudrücken, weil du immer noch ein Patient bist. Du willst immer noch die Dienstleistung erhalten [...], vor allem, wenn du dich mitten in einer Behandlung befindest, die vor Längerem begonnen hat.“ (Ahmad, eigene Übersetzung aus dem Englischen)*

Besonders schwer haben es Studienteilnehmende, bei denen gesetzliche Rahmenbedingungen, wie Asylverfahren, gegeben sind. Eine Studienteilnehmerin schildert die situationsübergreifenden strukturellen Abhängigkeiten, die die Interaktionen in Kontexten

der Gesundheitsversorgung prägen: Als Asylsuchende ist sie bzw. ihre Gesundheitsversorgung abhängig vom Asylbewerberleistungsgesetz und dem Sozialamt, das als Behörde über die Vergabe von Behandlungsscheinen entscheidet. Dies hat Effekte auf das Verhalten der Patient*innen, die damit konfrontiert sind, zwischen der Thematisierung von Rassismuserfahrungen oder dem Nichtbenennen derselben abzuwägen, weil sie Konsequenzen antizipieren:

” „Wenn du in einer so abhängigen Situation bist, wie zum Beispiel beim Arzt oder im Amt, da wirst du es dir acht Mal überlegen, ob du tatsächlich etwas dagegen sagen wirst, denn vielleicht kannst du keinen anderen Arzt aussuchen wegen Asylverfahren.“ (Taslima)

Andere Studienteilnehmende berichten davon, wie negative Erfahrungen und daraus resultierendes Verstummen zur Reproduktion der strukturellen Diskriminierung beitragen können. Sie verlieren das Vertrauen in das medizinische System und bleiben den Behandlungsangeboten trotz einem bestehenden Bedarf fern:

” „Warum sollte ich zum Arzt gehen? Warum sollte ich überhaupt das Vertrauen haben? [...] wenn ich schon mehrmals negative Erfahrungen mit einem weißen Arzt oder mit einer weißen Institution gemacht habe, warum sollte ich denn dann vertrauen, dass sie mir auf einmal was Gutes wollen.“ (Lilliane)

Hier wirkt ein doppelter Ausschlussmechanismus: Diskriminierung bei der Inanspruchnahme der Versorgung (im Umgang mit medizinischem Personal), aber auch durch das Meiden der Inanspruchnahme von Versorgungsstrukturen aufgrund diskriminierender Vorerfahrungen (siehe auch Kapitel [II.3](#); vgl. Aikins, M. A. et al. 2021; Hamed et al. 2020).

4.3 Fazit

Die vorliegende Studie zielte darauf ab, Prozesse und Mechanismen von Rassismus und Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung (medizinische Praxen und Krankenhäuser) zu erfassen. Die zwei herausgearbeiteten Dynamiken des Otherings und des Silencings ermöglichen ein Verständnis für das Erleben von und den Umgang mit Rassismus und Diskriminierung in diesen Kontexten und eröffnen neue Perspektiven für die zukünftige Weiterentwicklung von Gesundheitsindikatoren zur Messung von Rassismus in der Gesundheitsversorgung.

Betroffene erfahren Ungleichheiten durch Othering auf formeller und informeller Ebene: Die Datenanalyse zeigt, dass Othering auf unterschiedlichen Ebenen, die auch miteinander verknüpft sein können, erfahren wird. Othering kann sowohl formell durch Gesetze als auch informell durch rassistische Wissensbestände und Praxen erfolgen und zeigt sich in Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Diese Ungleichheiten umfassen



rechtliche Einschränkungen, unterschiedliche Zugänge zum Gesundheitssystem und Unterschiede in der Behandlung und Therapie. So zeigen Aussagen von Teilnehmenden, wie rassistische Wissensbestände und Verhaltensmuster in der Gesundheitsversorgung zu ausbleibenden Terminvergaben (siehe Kapitel [II.2](#)), langen Wartezeiten, Leugnung oder Fehleinschätzung von Beschwerden (siehe auch Kapitel [II.3](#)), Verzögerung und sogar Verweigerung von Behandlungen führen können. Als mögliche Folgen werden der Vertrauensverlust in das Gesundheitssystem, das Meiden der Inanspruchnahme medizinischer Behandlungen und die Verschlechterung der (psychischen und physischen) Gesundheit der Betroffenen durch die Studienteilnehmenden beschrieben.

Othering hat unterschiedliche Effekte auf muslimisch gelesene und Schwarze Menschen: Die Studie kann spezifische Othering-Praktiken für Kontexte der Gesundheitsversorgung nachweisen – wenn zum Beispiel rassistische Wissensbestände zur Unterstellung einer vermeintlichen Schmerzüber- bzw. -unempfindlichkeit oder Hypersexualität herangezogen werden. Zugleich leistet die Studie einen Beitrag zur empirischen Forschung zu den Spezifika unterschiedlicher Rassismen (anti-Schwarzer Rassismus, antimuslimischer Rassismus). So wird gezeigt, wie sich Othering in Bezug auf muslimisch gelesene und Schwarze Menschen in der Gesundheitsversorgung unterschiedlich ausdrücken und zu unterschiedlichen Formen der Benachteiligung führen kann.

Silencing verhindert die Thematisierung von Rassismus: Die Studienergebnisse zeigen, dass die wiederholten Erfahrungen mit Othering, Entwertung und Ignoranz dazu führen können, dass Betroffene implizit zum Schweigen gebracht werden oder aus Angst vor Konsequenzen selbst verstummen. Hier wirkt eine machtvolle Dynamik, die zur Unsichtbarmachung („Normalisierung“) von Rassismus in Kontexten der Gesundheitsversorgung führen und bereits bestehende Machtungleichgewichte verstärken kann. Die dargestellten Dynamiken des Otherings und Silencings sowie ihre Folgen werden von allen Studienteilnehmenden erfahren, unabhängig davon, ob sie hier geboren und aufgewachsen oder als Asylsuchende oder Migrant*innen nach Deutschland gekommen sind.

Das Menschenrecht auf Gesundheit ist für Asylsuchende gesetzlich eingeschränkt: Strukturell bedingte Unterschiede ergeben sich bei asylsuchenden Teilnehmenden, bei denen Othering mit einer Entrechtung einhergeht. Ihre Aussagen zeigen, wie die im Asylbewerberleistungsgesetz verankerten Einschränkungen der Gesundheitsleistungen die Behandlung bestimmter Erkrankungen verzögert oder unmöglich macht, mit zum Teil schwerwiegenden Auswirkungen auf die Gesundheit der Betroffenen. Die Einschränkung von Gesundheitsleistungen aufgrund der nationalen Herkunft der Schutzsuchenden verstößt gegen ihr Menschenrecht auf Gesundheit (vgl. CERD 1965⁵²).

⁵² Im Jahr 1969 hat Deutschland die Antirassismuskonvention ratifiziert, die seitdem völkerrechtlich verbindlich und unmittelbar geltendes Recht in Deutschland ist. In der Konvention enthalten ist auch folgende Verpflichtung: „[...] werden die Vertragsstaaten [...] das Recht jedes einzelnen, ohne Unterschied [...] des nationalen Ursprungs [...] auf Gleichheit vor dem Gesetz gewährleisten; dies gilt insbesondere für folgende Rechte [...] das Recht auf öffentliche Gesundheitsfürsorge, ärztliche Betreuung, soziale Sicherheit und soziale Dienstleistungen“; Committee on the Elimination of Racial Discrimination (CERD).



Community-basiertes partizipatives Forschen liefert vertiefende Erkenntnisse zu Rassismus in der Gesundheitsversorgung: Um einen gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitssystem für alle in Deutschland lebenden Menschen zu ermöglichen, braucht es gezielte antirassistische Strategien. Hierfür bedarf es weiterer Forschung, die an den Erfahrungen und Perspektiven der Betroffenen ansetzt. Die aktive Einbeziehung Rassismus-Erfahrener in alle Phasen des Forschungsprozesses stärkt Beziehungs- und Vertrauensaufbau sowie eine demokratische Wissensproduktion. Durch das situierte Wissen (vgl. Haraway 1988) der Peer-Researcher*innen und Teilnehmer*innen konnten in der vorliegenden Studie Daten kontext- und diversitätssensibel erhoben und aus verschiedenen Perspektiven gedeutet werden. Durch die qualitative Auseinandersetzung ließen sich vertiefte Einblicke in Prozesse und (latente) Dynamiken wie Othering sowie deren intersektionale Ausprägungen aufzeigen. CBPR ermöglichte es zudem, nicht intendiertem Othering in der Forschung durch eine Optimierung der forschungsethischen Prozesse zu begegnen.

Das Forschungsdesign der Studie ist bewusst qualitativ angelegt und kann und soll keine Aussagen über das Erleben der Beteiligten hinaus treffen. Vielmehr verdeutlicht es die Funktionsweisen von Rassismus in der Gesundheitsversorgung und weist auf jene Bereiche hin, in denen Handlungsbedarf besteht. CBPR-Studien haben im Unterschied zur klassischen Forschung ein Handlungsziel, das hier kollaborativ als Erarbeitung von Handlungsempfehlungen mit den Studienteilnehmenden in zusätzlichen Sitzungen umgesetzt wurde. Diese Handlungsempfehlungen gehören daher zu den Studienergebnissen und werden hier als Teil des Kapitels präsentiert, zusätzlich aber auch in den Handlungsempfehlungen des Gesamtberichts zusammengefasst (siehe Kapitel [Handlungsempfehlungen](#)).

4.4 Handlungsempfehlungen

Um Rassismus in der Gesundheitsversorgung entgegenzuwirken, ist es notwendig, auf den Mikro-, Meso- und Makroebenen und unter Berücksichtigung verschiedener Akteur*innen anzusetzen. Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass es einer rassismus- und machtkritischen Ausrichtung der Gesundheitsversorgung und entsprechender Maßnahmen bedarf.

Praxis

- Fort- und Weiterbildungsangebote zum Aufbrechen von rassistischen Wissensbeständen für Mitarbeitende in Krankenhäusern und medizinischen Praxen, die von der Ärztekammer zertifiziert werden und entsprechende Fortbildungspunkte bieten.
- Höhere Personalschlüssel und zeitliche Kapazitäten für Ärzt*in-Patient*in-Interaktionen zur Verbesserung von Arbeitsbedingungen in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.
- Förderung von Sprachmittlung und Sprachkompetenzen der Beschäf-

tigten sowie mehrsprachige und multimediale Gestaltung der Angebote zum Abbau von Sprachbarrieren.

- Einrichtung von unabhängigen Beschwerdestellen, um dem bestehenden Misstrauen gegenüber dem Gesundheitsversorgungssystem entgegenzuwirken.
- Monitoring und Evaluation von Diskriminierungsfällen im Gesundheitsbereich, um Rassismus und Menschenrechtsverletzungen aktiv entgegensteuern zu können.

Communitys

- Gemeinschaftliche Stärkung Schwarzer, afrikanischer, afrodiasporischer und als muslimisch gelesener Menschen durch strukturelle Förderung der Selbstorganisationen und Selbsthilfe.
- Angemessene Aufklärung über die rechtlichen Rahmen und Rechtsansprüche im deutschen Gesundheitssystem.

Forschung

- Gezielte Förderung Community-basierter partizipativer Rassismusforschung unter Berücksichtigung macht- und rassismuskritischer forschungsethischer Prinzipien.
- Etablierung von Community-Ethik-Komitees an Universitäten, Hochschulen und weiteren Forschungseinrichtungen, die Forschungsprozesse kritisch begleiten und beratend unterstützen.
- Verstärkte Berücksichtigung von Mehrfachdiskriminierung innerhalb rassistisch markierter Communitys bei Forschungsvorhaben (z. B. rassistisch markierte Menschen mit Behinderung).
- Förderung von Rassismusforschung, die die individuellen und kollektiven Strategien in den Blick nimmt, mit denen sich Rassismus-Erfahrene durch rassistische Strukturen navigieren (Agency).

Spezifische Maßnahmen für Asylsuchende und Menschen ohne Krankenversicherung

- Bundesweite Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende, wie es in mehreren Bundesländern bereits der Fall ist, um Zugangsbarrieren zur medizinischen Versorgung abzubauen.
- Überprüfung des eingeschränkten Zugangs zu medizinischer Versorgung (§§ 4 und 6, AsylbLG) für Asylsuchende in den ersten 18 Monaten bzw. Anpassung der medizinischen Leistungsansprüche an den GKV-Leistungskatalog, um einen diskriminierungsfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle in Deutschland lebenden Menschen zu schaffen.
- Einschränkung von § 87 des Aufenthaltsgesetzes (die sogenannte

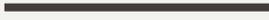
Übermittlungspflicht) für den Bereich Gesundheit, wie sie im Koalitionsvertrag der rot-grün-gelben Bundesregierung⁵³ aufgenommen ist, damit kranke Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus künftig nicht davon abgehalten werden, sich medizinisch behandeln zu lassen.

- Bundesweite Einrichtung und langfristig gesicherte Finanzierung von Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherung oder mit unklarem Versicherungsstatus, die neben einer Beratung auch eine Vermittlung in medizinische Behandlung und eine Finanzierung der Behandlungskosten ermöglichen.



⁵³ § 87 des Aufenthaltsgesetzes (Übermittlungspflicht) verpflichtet das Sozialamt, Personen ohne geregelten Aufenthaltsstatus umgehend an die Ausländerbehörde oder Polizei zu melden, wenn sie eine Kostenübernahme für medizinische Leistungen beantragen. Dies kann zu Abschiebungen von kranken Menschen führen. Daher meiden viele Menschen ohne Papiere auch anonyme Angebote der Gesundheitsversorgung aus Sorge vor Abschiebung. Im aktuellen Koalitionsvertrag ist vereinbart, dass der § 87 des Aufenthaltsgesetzes überprüft bzw. für den Gesundheitsbereich ausgesetzt werden soll. (SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP 2021): 111, online verfügbar unter: https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf, zuletzt abgerufen am 03.07.2023.

5.



Rassismus in der ärztlichen Ausbildung - eine partizipativ-explorative Analyse



Ärzt*innen spielen für die Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle. Ihre sozialen Handlungskompetenzen und Verantwortungsbereiche sind weitreichend. Ihre Ausbildung kann daher als wichtiges Strukturelement im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit angesehen werden. In den USA ist sie bereits zentraler Gegenstand der Auseinandersetzung mit rassistischen Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung (vgl. Liaison Committee on Medical Education [LCME] 2023; Gonzalez, Kim & Marantz 2014). Auch der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin 2.0 (NKLM 2.0)⁵⁴ thematisiert rassistische Diskriminierung in der medizinischen Ausbildung. Diese Thematisierung wird von der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland allerdings als unzureichend beschrieben und der NKLM in Bezug auf Rassismus insgesamt kritisch diskutiert (vgl. Finke, Gerhards & Honerkamp 2022).

In der Forschung wurde das Medizinstudium im Kontext von Rassismus in Deutschland vor allem von drei Studien beleuchtet: Der *Afrozensus* benennt neben schwierigen beruflichen Zugängen für Schwarze Ärzt*innen eine mangelnde Auseinandersetzung mit Othering-Prozessen, Stereotypisierungen und die Folgen von Rassismus für die Gesundheit (Aikins, M. A. et al. 2021: 139–145). Eine zweite Studie, die das Thema der ärztlichen Ausbildung in Deutschland im Blick hat, verweist insbesondere auf die Perspektiven von Studierenden mit und ohne Rassismuserfahrungen: Rassismus in Medizin und Gesundheitswesen wird von allen Studierenden als allgegenwärtiges Phänomen wahrgenommen. Daran anschließend halten es die Studierenden für wichtig, bereits in der medizinischen Ausbildung etwas gegen Rassismus in Medizin und Gesundheitswesen auf verschiedenen Ebenen zu unternehmen. Da aber kein einheitliches Rassismusverständnis gegeben ist, fällt es vielen Studierenden schwer, rassistische Verhaltensweisen und Strukturen zu erkennen (vgl. Gerhards, Schweda & Weßel 2023). Die Arbeit von Houda Hallal (2015) zu *Diversität in der humanmedizinischen Ausbildung* lässt sich mit Erkenntnissen der internationalen Forschung verknüpfen und bildet wichtige Ausgangspunkte für die vorliegende Studie (vgl. Amutah et al. 2021; Chapman, Kaatz & Carnes 2013; Gonzalez, Kim & Marantz 2014; Hernandez 2018). So beschreibt Hallal die unreflektierte Verinnerlichung „normativer sowie monokultureller Strukturmerkmale der [medizinischen] Institutionen“ (2015: 28) in Deutschland und eine potenziell daraus resultierende Anwendung von „Vorurteilen, Stereotypisierungen und ‚reduktionistischen Auslegungen‘“ (ebd.) in der medizinischen Praxis.

Die vorliegende Analyse nähert sich der Frage nach Rassismus in der ärztlichen Ausbildung. Sie nimmt Stichproben von Lehrmaterialien aus dem Medizinstudium in Deutschland in den Blick und reflektiert diese über Interviews sowie Fokusgruppendifkussionen mit rassistisch markierten Studierenden und Ärzt*innen. Die Erfahrungen der Interview-

⁵⁴ Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (vgl. Medizinischer Fakultätentag 2021) definiert „Kompetenzen, die sich am Berufsbild des Arztes [...] orientieren und die nach Abschluss des jeweiligen Studiums vorliegen sollten. Dazu zählen neben Wissen und Fertigkeiten auch übergeordnete Lernziele wie Haltungen, Wissenschaftskompetenzen und sogenannte Soft Skills“ (von der Webseite des Medizinischen Fakultätentags). Der NKLM 2.0 soll 2025 in eine neue Approbationsordnung für Ärzt*innen in Deutschland münden.

und Fokusgruppen-Teilnehmer*innen stehen dabei im Zentrum. Die Ergebnisse liefern erste Hinweise darauf, welche Aspekte und Verschränkungen bei weiteren, vertiefenden Studien und praktischen Auseinandersetzungen mit Lehrmaterialien und Lehrpraktiken im Medizinstudium Beachtung finden sollten. Zudem tragen sie zur Entwicklung neuer Indikatoren für die Erforschung rassistischer Diskriminierung in der medizinischen Ausbildung bei.

Folgende Fragestellungen waren für die vorliegende Studie leitend:

- (1) Findet sich rassistisches Wissen in medizinischen Lehrmaterialien und -praktiken? Wie wird es vermittelt und gegebenenfalls reflektiert?
- (2) Welche Aspekte dieses Wissens erhalten durch die Berichte rassistisch markierter Medizinstudierender und Ärzt*innen besonderes Gewicht – sowohl bezüglich ihrer eigenen professionellen Position als auch bezüglich des Einflusses von Handlungsnormen und von Voreingenommenheit (Bias⁵⁵) seitens Ärzt*innen auf die Patient*innenversorgung?
- (3) Welche Rolle spielt die Verbindung verschiedener institutioneller Dimensionen (Akteure, Dokumente, Kontexte) für die Legitimierung und Aufrechterhaltung rassistischer Wissensbestände und Praktiken?

5.1 Forschungsdesign: Konzepte und Vorgehen

Zentrale Konzepte der vorliegenden Studie greifen auf wissenssoziologische Ansätze und Studien der Curriculumforschung zurück und werden im Folgenden erläutert.

Ärztlicher Habitus und *hidden curriculum*

Die vorliegende Studie basiert auf der Annahme, dass die Aneignung und Anwendung ärztlichen Wissens über rein medizinisch-naturwissenschaftliche Kenntnisse und Fähigkeiten hinaus gehen. Auch Normen und Handlungsmuster, die in der ärztlichen Ausbildung eher unterschwellig oder informell über einen „heimlichen Lehrplan“ (*hidden curriculum*) als ärztlicher Habitus vermittelt werden, sind für die Ausbildung essenziell (vgl.

⁵⁵ Bias ist ein Begriff aus der Vorurteilsforschung, entlehnt aus der Sozialpsychologie, da er den Bereich des Kognitiven betrifft, also der Wahrnehmung des individuellen Menschen. Häufig wird auch von *implicit bias* gesprochen. Hiermit gemeint sind automatische (schwer kontrollierbare) Assoziationen, die sowohl bewusst als auch unbewusst sein und das Denken und Handeln von Menschen beeinflussen können. Sie resultieren häufig aus bestehenden Stereotypen und aus den Logiken sozialer Machtverhältnisse und können somit Diskriminierung reproduzieren. Sowohl in Bereichen wie der Schulbildung als auch in der medizinischen Versorgung kann dies zu Diskriminierung führen, sodass eine ungleiche bzw. schlechtere Behandlung erfolgt.



z. B. Goldie et al. 2007; Witman 2014).⁵⁶ Im Umgang mit Kolleg*innen und Patient*innen hängt viel von einem internalisierten professionellen Selbstbild ab, in dem soziale Schichtung und entsprechende Differenzierung als eine bedeutsame Dimension eingeschrieben sind (vgl. Bourdieu 1988: 90–91). Die damit einhergehenden Normen und Handlungsmuster verquicken sich mit dem medizinischen Fachwissen, dem wissenschaftlichen Anspruch und den professionellen Praktiken. All das prägt das Selbst- und Menschenbild der Ärzt*innenschaft und damit deren Umgang mit Patient*innen (vgl. Hafferty & Franks 1994). Die Weitergabe und Legitimation unterschwelliger Wissensbestände über Lehrmaterialien, Lehrveranstaltungen und Praktika sind nicht ausschließlich dem Handeln von individuellen Akteur*innen, wie zum Beispiel Dozierenden, zuzuschreiben. Sie sind Ausdruck und Folge gesellschaftlicher Verhältnisse, die sich in Institutionen und der professionellen Sozialisierung niederschlagen.

Wissen in Institutionen

Der Studie wird ein soziologischer Wissensbegriff zugrunde gelegt, der unterschiedliche sozial verfügbare Annahmen beinhalten kann: Wissenschaftlich etablierte Erkenntnisse spielen dabei genauso eine Rolle wie bewusste individuelle oder kollektive Überzeugungen, unbewusste Alltagsroutinen, Deutungs- und Handlungsmuster oder die Anerkennung von Ordnungsstrukturen in Institutionen (vgl. Keller 2011). Im Fall des hier behandelten Feldes geht es vor allem um Überschneidungen zwischen einem curricularen fachlichen Wissen – sowohl dezidiert medizinisch als auch ärztliche „Soft Skills“ betreffend – und einem versteckt vermittelten (rassistischen) Wissen bezüglich Habitus, Praktiken und Normen (*hidden curriculum*) in der ärztlichen Ausbildung. So resultiert die Qualität des hier betrachteten Wissens gerade daraus, dass es in institutionelle Prozesse unmittelbar verwickelt ist: Individuelle Einstellungen gehen fließend in systematisch vermittelte fachliche Kenntnisse und Praktiken oder institutionelle Ordnungsstrukturen über und bedingen sich mit diesen gegenseitig. Die Wissensformen unterliegen hierarchischen Ordnungen und sind abhängig von der jeweiligen institutionellen Rolle der Personen. Diese hierarchische Ordnung fließt sowohl inhaltlich als auch formell wieder in die Institution zurück.

Ein Beispiel hierfür ist das banal erscheinende Phänomen, dass der persönlichen Einschätzung einer dozierenden Person als Vertreter*in der Institution grundsätzlich mehr Gehör geschenkt wird als dem Einwurf einer studierenden Person. Der Perspektive der

⁵⁶ Unser Begriff des ärztlichen Habitus bedient sich eines Bourdieu'schen Habituskonzepts. Bourdieu bezeichnet mit Habitus ein Set an internalisierten Praktiken, Gewohnheiten und Ausdrucksweisen, welches die Wahrnehmung, das Denken und Handeln von individuellen sozialen Akteur*innen in Relation zur Position anderer Akteur*innen beeinflusst. Das ärztliche Selbstbild kann in diesem Kontext auch „als Inkorporation der Klassenlage“ betrachtet werden, die über im Studium „aufgezwungene[...] Anpassungsprozesse“ konstituiert wird (Bourdieu 1982/1989: 175). Im angelsächsischen Raum wird die professionelle Sozialisation von Ärzt*innen inzwischen vor allem unter dem Konzept der Professional Identity Formation thematisiert und diskutiert (vgl. Findyartini et al. 2022). Neuerdings findet dieses Konzept auch in Deutschland vermehrt Anwendung (vgl. GMA 2023).

studierenden Person haftet tendenziell eher der „Makel“ der Unwissenheit oder subjektiven Verzerrung an – obwohl es sich in beiden Fällen um persönliche Einschätzungen handelt. Die eine Wissensform wird über die formelle Ebene als gültig und neutral anerkannt, während die andere aufgrund der hierarchischen Ordnung inhaltlich als beschränkt und subjektiv tendenziell abgewertet wird. Anhand dieses Beispiels wird deutlich, dass der Begriff „Institution“ hier im unmittelbaren Verhältnis von Individuen und übergeordneten Strukturen verstanden wird.



Forschungsperspektive: Explorativ-partizipativer Ansatz

Für die explorative Annäherung an die Forschungsfragen wurde an vier empirischen Eckpunkten angesetzt (Abbildung 28), die mittels einer qualitativen Triangulation⁵⁷ ausgewertet wurden: Im ersten Schritt wurden (1) Vorgespräche mit acht wissenschaftlichen Expert*innen geführt, die in Deutschland qualitativ zu Rassismus im Medizincurriculum arbeiten oder gearbeitet haben, sowie mit zwölf Personen aus dem Bereich des rassismuskritischen Engagements im Medizinkontext (Studierende und Ärzt*innen, die über Fachschaften erreicht werden konnten). Darauf aufbauend wurden (2) Lehrmaterialien aus dem Medizinstudium in Deutschland (vier einschlägige Lehrbücher, zwei Lern-Apps bzw. Online-Plattformen) sowie der NKLM 2.0 stichprobenartig⁵⁸ gesichtet und zusammengetragen. (3) Daraus wurden Beispiele in einem Textdokument zusammengefasst, die der leitenden Rassismusdefinition (siehe Kapitel [Historisch-theoretische Vorüberlegungen](#)) entsprechen. Dann wurden sie in semistrukturierten Einzelinterviews mit fünf Ärzt*innen, zwölf Medizinstudierenden und einer medizinischen Psychologin, die sich selbst als von Rassismus betroffen identifizieren, besprochen.⁵⁹ Die gemeinsame, partizipative Betrachtung der Beispiele ging einher mit einer Befragung zu persönlichen Erfahrungen der Teilnehmenden im Studien- und/oder Klinikalltag. Hierdurch eröffnete sich eine Sicht auf den Zusammenhang verschiedener Ebenen von Institution und Rassismus (z. B. bezüglich formeller und informeller Lehrinhalte) sowie eine grobe Validierung einzelner Annahmen aus der Stichprobenanalyse. Die über die Analysesoftware MAXQDA 2022 (VERBI Software 2021) codierten Ergebnisse

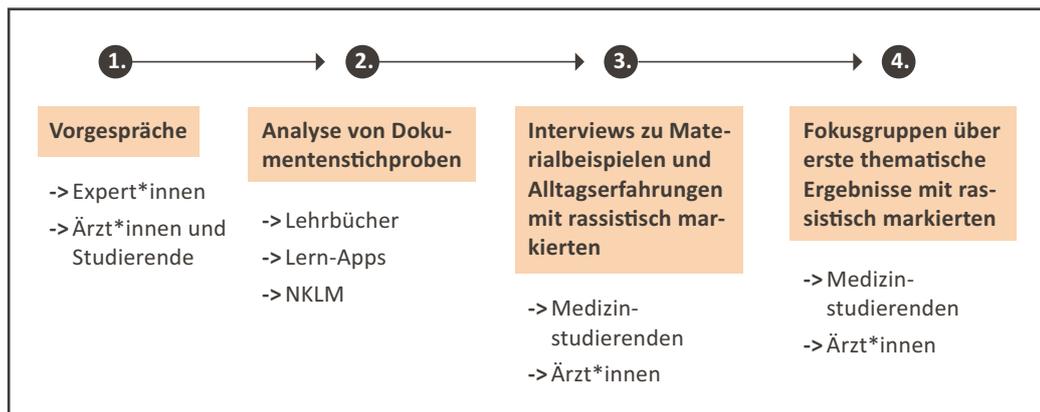
⁵⁷ Triangulation meint hier „die Einnahme unterschiedlicher Perspektiven auf einen untersuchten Gegenstand oder allgemeiner: bei der Beantwortung von Forschungsfragen. Diese Perspektiven können sich in unterschiedlichen Methoden, die angewandt werden, und/oder unterschiedlichen gewählten theoretischen Zugängen konkretisieren, wobei beides wiederum miteinander in Zusammenhang steht bzw. verknüpft werden sollte“ (Flick 2011: 12).

⁵⁸ Die Stichprobe wurde vor allem über das Kriterium der Nutzungsverbreitung, die über die deutschlandweiten Online-Vorgespräche mit Medizinstudierenden ermittelt wurde, erhoben. Sie bestand aus Text- und Bildmaterial (z. B. ca. 100 Fallbeispiele und ca. 800 Fotografien) aus einschlägigen Lehrbüchern der Dermatologie, der Anamnese und klinischen Untersuchung sowie der Allgemeinmedizin und Familienmedizin, weitverbreiteten Online-Lernplattformen (inklusive „Blickdiagnose“ zu verschiedenen Fachdisziplinen und Examensprüfungsfragen aus den Jahren 2005–2021 zu verschiedenen Fachdisziplinen) sowie den Inhalten des NKLM 2.0 (vgl. Medizinischer Fakultätentag 2021).

⁵⁹ Die Personen wurden über einen offenen Brief rekrutiert, der an Ärzt*innen und Medizinstudierende, „die selbst von Rassismus betroffen sind“, gerichtet war. Das Schreiben wurde über verschiedene Kanäle wie Social Media, Zeitschriften von Landesärztekammern oder Online-Newsletter von Studierenden- und Ärzt*innen-Organisationen (z. B. Fachschaften oder Verein Demokratischer Ärzt*innen) gestreut.

aus den Interviews wurden anschließend (4) in einem weiteren Textdokument thematisch zusammengefasst und in zwei Fokusgruppengesprächen (n = 5 und n = 7) gemeinsam reflektiert. Abschließend wurde die Gesamtheit des Materials mittels Triangulation einer thematischen und Inhaltsanalyse unterzogen.

Abbildung 28. Stufenweises empirisches Vorgehen



5.2 Ergebnisse

Medizinische Differenzierung greift auf rassistisches Wissen zurück

Medizinisches Wissen und medizinische Praktiken spielen in unserer Gesellschaft eine grundlegende Rolle im Kontext der Gesundheitsversorgung und können in bestimmten Situationen über Leben und Tod entscheiden. In diesem Zusammenhang sind Ärzt*innen unter anderem darauf angewiesen, populationsbezogene naturwissenschaftliche Erkenntnisse praktisch umzusetzen und Kategorien oder Klassifikationen auf Einzelfälle anzuwenden, um nach bestem Gewissen für die bzw. mit den Patient*innen Entscheidungen zu treffen. Nicht selten sind solche Entscheidungen unter großer Arbeitsbelastung und hohem Zeitdruck zu fällen, verbunden mit einem hohen Maß an Verantwortung und im Kontakt mit einer großen Anzahl diverser Menschen. Somit sind häufig schnelle, schwierige und schwerwiegende Unterscheidungen notwendig, zum Beispiel hinsichtlich einer Anamnese, Diagnose oder Krankheitsbehandlung. Obwohl oder gerade weil Ärzt*innen ihre Entscheidungen auf Basis von professionellen und routinierten Wissensbeständen treffen, laufen sie im Kontext der erforderlichen Differenzierungen Gefahr, Vermutungen anzustellen, die einer bestimmten Situation oder Person nicht gerecht werden (können) (vgl. hierzu auch Fleck 1927/1983).

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie machen zwei Dinge deutlich: Einerseits zeigt sich, dass die notwendige Unterscheidung von Krankheitsbildern oder Patient*innengruppen



zu einer soziohistorisch verwurzelten systematischen Auslassung ganzer Patient*innen-gruppen innerhalb bestimmter Normmodelle führt. Andererseits folgen aus der medizinischen Differenzierung auch Muster der aktiven Rassifizierung, Andersbehandlung und Ausgrenzung bestimmter Personengruppen. In der folgenden Sequenz aus einem Interview werden die daraus resultierenden Herausforderungen und Aushandlungsprozesse aufseiten der Praktizierenden deutlich:

„ *„Also das merkt man ja auch am Diagnosenstellen, dass das einfach so funktioniert: Okay, Krankheitsbild da einsortieren, so behandeln. Dass es immer diesen Baum gibt, den man irgendwie so nachverfolgt. Und ich glaube, so ist das dann auch mit dieser Zuordnung von Krankheiten zu bestimmten Kulturen oder Ethnien, dass man da einfach versucht, so eine Systematik herzustellen, die halt zum Teil so willkürlich ist einfach, aber die einem halt einfach hilft, sich zurechtzufinden. Wie gesagt, ob es richtig ist, weiß ich nicht. Ich habe auch keinen besseren Lösungsansatz. Aber es ist halt so. Und hat aber auf jeden Fall Problempotenzial.“ (Stud-003, Pos. 87)*

Wie sich im Verlauf des Kapitels zeigen wird, ist der Grat zwischen einer nützlichen, angemessenen und gebotenen Einordnung eines Sachverhalts und einer unbegründeten, abwertenden und potenziell gefährlichen Zuschreibung oder Stereotypisierung einer Person oder Gruppe oftmals schmal.

Unterrepräsentation rassistisch markierter Gruppen in der medizinischen Lehrpraxis

Mit der systematischen Anwendung von Kategorien und Klassifikationen in der Medizin hängt zusammen, dass sich Ärzt*innen in der Praxis auf Modelle beziehen, welche soziohistorisch verwurzelte Normvorstellungen von Gesundheit und vom Menschen repräsentieren (siehe Abschnitt [Rassismus und Medizin – historische Kontinuitäten](#)). Neben alten Menschen, Frauen oder Menschen mit Behinderung⁶⁰ fallen auch bestimmte rassistisch markierte Gruppen aus dem Raster des „Normalen“. Dies manifestiert sich in der untersuchten Materialstichprobe⁶¹ nicht ausdrücklich, aber teilweise offensichtlich in Merkmalen wie heller Haut⁶² oder der Zugehörigkeit zu einem „eigenen Kulturkreis [...]“ (Herrmann, Schwantes & Topserver 2017). Besonders deutlich zeigte sich die Unterrepräsentation bestimmter Gruppen in Bildmaterialien aus Lehrbüchern

⁶⁰ In diesem Zusammenhang soll der wichtige Aspekt der Intersektionalität erwähnt werden: Individuen und Gruppen können gleichzeitig von verschiedenen und sich gegenseitig beeinflussenden Formen von Ausgrenzung und Diskriminierung betroffen sein.

⁶¹ Text- und Bildmaterial (z. B. Fallbeispiele und ca. 800 Fotografien) aus einschlägigen Lehrbüchern und weitverbreiteten Online-Lernplattformen (inklusive „Blickdiagnose“ zu verschiedenen Fachdisziplinen und Examensprüfungsfragen aus den Jahren 2005–2021 zu verschiedenen Fachdisziplinen).

⁶² Wir beziehen uns bei den folgenden Beispielen auf die medizinische Einordnung von Hauttypen nach Fitzpatrick (vgl. Moll 2016: 491). Helle Haut meint hier Typ I, II, III und IV, dunkle Haut meint hier Typ V und VI.

und Lern-Apps, in denen fast ausschließlich Körper mit heller Haut dargestellt werden. Dabei ist nicht nur das Gebiet der Dermatologie betroffen, sondern es betrifft diverse Felder, wie sich auf verschiedenen Lernplattformen zum Thema „Blickdiagnose“ zeigte. Diese strukturelle Auslassung spiegelt sich in praktischen Studien- und Berufserfahrungen der Interviewpartner*innen bezüglich des (eigenen) Umgangs mit Patient*innen wider, wie zum Beispiel die Schilderung einer rassistisch markierten, nicht-Schwarzen Ärztin nahelegt:

„ *„Oder ich muss ehrlich gesagt gestehen, bei Schwarzen Patienten, wenn ich Blut abgenommen habe oder einen Zugang gelegt habe [...], war ich selbst über mich überrascht, dass ich dachte: ‚Ach krass, man sieht jetzt die Vene nicht so gut.‘ Ganz klassisch. Also wir haben ja [...] so Blutabnahmekurs gehabt oder so Braunüle-Legekurs an so At-trappen. [...] Die hatten natürlich alle beige Haut. Hellbeige Haut. [...] Das verstehe ich auch, wenn man jetzt schwarze Haut simuliert hätte, das wäre für einen Anfänger oder Übenden nicht so einfach gewesen. Aber da dachte ich mir echt so: ‚Ach du Scheiße. Krass.‘ Ich habe es nicht häufig gemacht auch. Und daran erinnere ich mich noch sehr gut, dass ich dachte, es ist auch einfach so wenig vorgekommen.“*
(Aerz-003, Pos. 184)

In den Interviews und Fokusgruppen zeigte sich auch, wie komplex das Spannungsfeld ist, in dem sich die Frage nach Berücksichtigung und Nichtberücksichtigung verschiedener Merkmale in der Medizin bewegt:

„ *„Auf der einen Seite [...] muss eben geschaut werden, dass das nicht einfach gelöscht wird, weil es so viel schon verursacht hat, [...] das rassistische Denken. Deswegen kann man jetzt nicht farbenblind an das Ganze rangehen, sondern es muss einfach aufgearbeitet werden und dekonstruiert werden. [...] Und andererseits muss man eben schauen, dass trotzdem nicht eine Person einfach nur [...] aufgrund davon, wie sie gelesen wird, irgendwie beurteilt wird, sondern sich halt klargemacht wird, dass Menschen superindividuell sind, wahrscheinlich noch halt Phänomene auftreten, mit denen sich noch gar nicht so sehr befasst wurde, Messmethoden noch gar nicht erfunden worden sind, die nochmal andere Dinge aufdecken könnten und so weiter. Dass das einfach ein dynamischer Prozess ist, der halt in beide Richtungen bedacht werden muss.“* (Stud-010, Pos. 77)

Die Frage nach der Berücksichtigung bestimmter Merkmale wurde von den Studienteilnehmenden weitestgehend als schwieriger Aushandlungsprozess verstanden. Gleich-

zeitig schien es für die meisten Interviewpartner*innen selbstverständlich zu sein, dass die Medizin in vielerlei Hinsicht von einer normativen⁶³ Ausschließlichkeit geprägt ist:

” „Klar, die Bilder, die man in Vorlesungen verwendet, die Anatomieatlasse, [...] da sind einfach weiße Leute drin, auch diese Zeichnungen. Also das sind ja auch nicht immer Originalfotos. Die Zeichnungen sind auch also ‚mitteleuropäischer Standard‘ sozusagen. Und das ist veränderungswürdig.“ (Aerz-003, Pos. 192)

Die bisher genannten Beispiele deuten bereits an, dass die systematische Nichtberücksichtigung bzw. Auslassung bestimmter Gruppen und Kontexte in der medizinischen Lehrpraxis Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung unmittelbar hervorbringen kann. Die folgende Interviewsequenz beschreibt dies nachdrücklich:

” „Allein die Tatsache, dass während des Studiums nicht über die Realität von nichtweißen Menschen gesprochen wird, ist, wenn wir ehrlich sind, die subtile Tatsache des Rassismus. Oder zum Beispiel haben wir diesen Kurs namens Geschichte, Ethik und Recht in der Medizin [...], und sie haben einfach mit dem Holocaust angefangen, weil das für die deutsche Geschichte schmerzhaft genug ist, aber den Kolonialismus und die Rolle der Medizin im Kolonialismus haben sie einfach nicht erwähnt. [...] Für mich ist das also eine subtile Art, Rassismus zu produzieren, indem man diese Art von Geschichte nicht benennt, nicht erzählt.“ (Stud-011, Pos. 43)

Die Auslassung rassistisch markierter Gruppen spiegelt sich somit auch darin wider, dass bestimmte historische Kontexte der Medizin sowie Rassismus als Faktor für Gesundheit und Krankheit kaum eine Rolle in der Lehre spielen.

Überrepräsentation und Stereotypisierung rassistisch markierter Gruppen

Die beschriebenen Auslassungen verweisen nicht nur auf potenziell folgenreiche (Daten-)Lücken in Forschung, Lehre und Praxis sowie generelle strukturelle Ausgrenzungspraktiken. Sie implizieren auch eine Andersbehandlung rassistisch markierter Gruppen, sobald diese berücksichtigt werden. Dies zeigt sich in den Lehrmaterial-Stichproben in meist subtilen, teilweise wörtlichen Wir–sie-Unterscheidungen und stereotypisierenden

⁶³ Normativität bezeichnet das Hervorbringen, Aufrechterhalten und Legitimieren von gesellschaftlichen Normen. Zu Normen siehe auch [FN 6](#).



bis hin zu exotisierenden⁶⁴ Zuschreibungsmustern (siehe auch Kapitel II.4). Sie beziehen sich auf Merkmale wie Hautfarbe, Herkunft, Religion, Nationalität oder Sprachkenntnisse in Gegenüberstellung zu vermeintlich gesamt- oder mehrheitsgesellschaftlichen Eigenschaften. Dieses komplementäre Wir–sie-Verhältnis basiert auf Rassifizierungsprozessen (siehe auch Kapitel [Historisch-theoretische Vorüberlegungen](#)). In den Interviews wird immer wieder berichtet,

” „[...] dass Krankheitsbilder einfach nicht besprochen werden an dunkler Haut, beziehungsweise, wenn sie an dunkler Haut besprochen werden, dann sind es halt Tropenkrankheiten, also das hat dann auch sowas Exotisierendes.“ (Stud-001, Pos. 72)

In den seltenen Fällen, in denen dunkle Hauttypen in den Lehrmaterialien (Bücher und Online-Lernplattformen) gefunden wurden, werden die jeweiligen Patient*innen im entsprechenden Textmaterial oft als exotisch, fremd (z. B. als ausländisch) oder abweichend (z. B. aufgrund verantwortungslosen Verhaltens) markiert. Damit wird die Gruppe mit dem Merkmal „dunkle Haut“ außerhalb der gängigen Normvorstellung bzw. der „eigenen“ Gruppe verortet. Auch über die Abbildungen hinaus – zum Beispiel in textbasierten Fallbeispielen zur Prüfungsvorbereitung – werden Markierungen vorgenommen, deren Relevanz für den medizinischen Kontext oft unklar ist und die fließend in rassifizierende Zuordnungen münden (siehe Beispiele unten). Solche Markierungen gehen mit Fehlrepräsentationen und Stereotypisierungen einher, die betroffene Personen in der (medizinischen) Praxis stigmatisieren, abwerten und verletzen können (siehe auch Abschnitt [Forschungsstand: Rassismus, Gesundheit und Gesundheitsversorgung](#) und Kapitel II.4). Sie können aber auch zu einer internalisierten Voreingenommenheit von Ärzt*innen bei der fachlichen Behandlung führen:

” „Also wirklich, je länger man das liest, desto mehr kommt einem das halt auch so vor. Also mittlerweile denke ich auch bei bestimmten Bevölkerungsgruppen, haben die eine Gelbfieberimpfung? Wo ich mir denke, so, warum denke ich das auf einmal? Das hätte ich vorher nie so gedacht. Und dann fällt mir auf, also jetzt in der Examensvorbereitung fällt mir das speziell auch auf, dass viele [Prüfungs-]Fragen sehr mit diesen Stereotypen arbeiten.“ (Stud-008, Pos. 70)

Im Folgenden werden anhand von Lehrbuchbeispielen und von Erzählungen aus den Interviews einige Bereiche des Medizinstudiums beispielhaft dargelegt, die rassistische Voreingenommenheit (*race-based bias*; Amutah et al. 2021) zukünftiger Ärzt*innen erst

⁶⁴ Exotisierung beschreibt eine Variante des Rassismus, bei der rassistisch markierten Gruppen vermeintlich positive Eigenschaften wie Temperament, Emotionalität und Naturverbundenheit zugeschrieben werden. Diese Zuschreibungen attestieren zugleich die vermeintliche „Unzivilisiertheit“ dieser Gruppen, die mit einer unterstellten Differenz zu einer *weißen* oder westlichen Norm belegt wird. Als Spiegelbild entsteht dadurch die Idee einer besonderen „Zivilisiertheit“ *weißer* Menschen. Oft gehen exotisierende Prozesse auch mit einer Romantisierung des Gegenübers einher.

produzieren oder verstärken können. Dabei spielen Terminologie und verwendete Bezeichnungen eine grundlegende Rolle. Einerseits werden biologisierende „Rasse“-bezogene Begriffe wie „kaukasisch“ oder „rassisch[...]“ (Füeßl & Middeke 2022: 417) in Vorlesungen, Fortbildungen, Lehrmaterialien und Praxis nach wie vor verwendet:

” *„Wo es mir krasser noch aufgefallen ist, ist teilweise in so mündlichen Fortbildungen, wenn halt Dozent*innen irgendwas erzählen und dann-, also bis hin zum N-Wort wirklich. [...] Auch noch in vergangenen Jahren. [...] Begriffe wie ‚Südländer‘ oder diese klassischen rassistischen Beschreibungen. [...] Nicht jetzt sozusagen Curriculum, aber schon, ich sage mal Arbeitsanweisungen, solche Sachen. Also wie sollen bestimmte Sachen umgesetzt werden, wo dann einfach teilweise haarsträubende Begrifflichkeiten drinstanden.“ (Aerz-001, Pos. 42–44)*

Zudem werden Begriffe inkonsistent und schwammig genutzt. Ein Buchkapitel aus einem weitverbreiteten Lehrbuch der Allgemeinmedizin impliziert zum Beispiel bereits über seinen Titel „Ausländische Patienten“ eine potenziell problematische (sprachliche und inhaltliche) Separierung der Gruppe der „Ausländer“. Darüber hinaus werden zu dieser Gruppe Menschen unterschiedlichster Hintergründe gezählt, stets jenseits des Narrativs eines „westlichen Kulturkreises“ (vgl. hierzu auch Hall, S. 2021). So fällt ein „tamilischer“ oder „türkischer“ Patient genauso in die generalisierende Kategorie der „Ausländer“ wie „Migranten“, „Asylsuchende“, „osteuropäische[...] Männer“ oder „Erwachsene [...] [aus] Subsahara-Afrika, Teile[n] der Karibik [und] Thailand“. Verschiedene dieser Gruppen werden oft nur vage spezifiziert und zum Beispiel mit übermäßigem „Alkohol- und Drogenkonsum“, „erhöhte[m] Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten“ oder „magische[n] Vorstellungen‘ wie Voodoo, Aberglaube etc.“ assoziiert (Herrmann, Schwantes & Topserver 2017: 179–190). Weder wird dabei die Verwendung der mit „Ethnizität“ verknüpften Gruppenbenennungen einheitlich erläutert (z. B. bzgl. Migrationsgeschichte, Staatsbürgerschaft oder Wohnort) noch wird problematisiert, wie oder über welche „Marker“ diese Zuordnungen in der Praxis vorgenommen werden könnten oder sollten (vgl. ebd.).

Während in Deutschland die Begriffe „Rasse“ oder *race* – bis auf den Bezug auf internationale Studien in Seminaren oder Vorlesungen – immer seltener verwendet werden, werden häufig vage definierte Kategorien bzw. Ersatzbegriffe wie „Ethnie“, „Migrationshintergrund“ oder „Ausländer“ gebraucht (siehe auch Kapitel [Historisch-theoretische Vorüberlegungen](#)). Deutliche Beispiele für eine solche Verwendung von Ersatzbegriffen und eine entsprechende problematische Vermengung sozialer und biologischer Kontexte zeigen sich etwa in einem Lehrbuch für Anamnese und klinische Untersuchung. Während in der Auflage von 2018 (vgl. Füeßl & Middeke 2018) der „Rasse“-Begriff noch gebraucht wurde, wurde er in der nächsten Auflage (ebd. 2022) gemieden. Aus „Rasse“ wurde „Abstammung“ (ebd.: 54), „ethnische Herkunft“ (ebd.: 74) oder „Hautfarbe“ (ebd.: 404), während im Kontext von „verstärkte[r] Körperbehaarung [...]“ auch in der Neuauflage noch „rassische Dispositionen“ als Faktor genannt und von „ethnische[n]“ Dispositionen



unterschieden werden (ebd.: 417). Wie bei der Verwendung von *race* in den USA ist auch bei den in Deutschland vorkommenden Begriffsverwendungen eine problematische Überschneidung mit biologisierenden und rassistischen Zuschreibungsmustern auszumachen, die Verhaltens-, Gruppen- oder Krankheitskontexte vermengen, homogenisieren und durch hegemoniale Kontextualisierungen reduktionistisch abwerten können.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass in Vorlesungen und Lehrmaterialien Unterschiede bezüglich der Krankheitsprävalenzen verschiedener Gruppen oft ohne ausreichenden Kontext und die nötige Transparenz (z. B. bzgl. sozioökonomischer Bedingungen) vermittelt werden. Dies kann eine subtile Naturalisierung bestimmter Zusammenhänge implizieren. Vermeintliche Verbindungen zwischen rassistisch markierten Merkmalen und bestimmten Verhaltensweisen bzw. Krankheitsprävalenzen werden dabei oft als gegeben dargestellt und so durch die Studierenden möglicherweise falsch internalisiert:

” *„Warum bringen Sie [Dozent] seine Herkunft mit dem Verhalten oder mit einer Krankheit in Verbindung?‘ [...] Denn die Studierenden hier werden den Fall mit der Herkunft in Verbindung bringen und immer denken: Okay, ich sehe eine Person mit dieser Herkunft, so muss ich mich verhalten. Und so muss ich sie behandeln, weil sie aufgrund ihrer Herkunft unter diese und jene Kategorien fallen.“ (Stud-011, Pos. 17)*

Eine solche Internalisierung kann zu Verzerrungen von Diagnosen in der ärztlichen Praxis und zu schwerwiegenden Folgen für Patient*innen führen.

Ärztlicher Habitus

Das ärztliche „Wir“ als nicht markierte Norm in Gegenüberstellung zu rassistisch markierten Gruppen

Der empirische Fokus der vorliegenden Analyse lag auf der Perspektive von rassistisch markierten Medizinstudierenden und Ärzt*innen sowohl bezüglich ihrer eigenen Position im Studien- bzw. Berufskontext als auch bezüglich rassistischer Diskriminierung bestimmter Patient*innengruppen. Ihre Sprecher*innenposition in einer Doppelrolle als rassistisch markierte Personen und (angehende) Ärzt*innen machte ein nicht markiertes normatives Selbstbild von Ärzt*innen als „Ideal“ sichtbar. Dies stellt ein wichtiges Element in den Strukturen eines institutionellen Rassismus in der ärztlichen Ausbildung dar. Wie in der Einleitung dieses Kapitels erwähnt, ist ein im Medizinstudium subtil vermittelter Habitus ein zentrales Moment der professionellen Identität und Praxis.

Die oben beschriebene systematische Auslassung, Verallgemeinerung und Stereotypisierung bestimmter Patient*innengruppen zeigt sich in der Konstruktion eines normativen, nicht markierten „Wir“ der Ärzt*innenschaft. Folgender Abschnitt aus einem Lehrbuch

zu hausärztlicher Versorgung zeigt beispielhaft, wie den Medizinstudierenden ein ärztliches Selbstbild („uns“, „eigener Kulturkreis“) subtil vermittelt wird. Es konstituiert sich auch durch die Gegenüberstellung zu rassistisch markierten Patient*innen als „Fremden“. Deutlich wird diese Form des Otherings (siehe zu Othering auch Kapitel [II.4](#)) im folgenden Ausschnitt bezüglich „Menschen unterschiedlicher Herkunft“ aus dem oben zitierten Lehrbuchkapitel der Allgemeinmedizin:

” „Gründe für [deren] Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Erwartungen von der Begegnung mit dem Arzt und die Art der Schilderungen von Beschwerden erscheinen uns fremdartig [...]. Diskrepanzen zwischen Patienteneinschätzung und ärztlicher Bewertung sind oftmals größer als bei Patienten des eigenen Kulturkreises.“ (Herrmann, Schwantes & Topserver 2017: 190)

Die Unterscheidung zwischen einer vermeintlich „eigenen“ und „fremden“ Kultur und entsprechenden Krankheitsverständnissen wurde bereits in einer qualitativen Studie zu Erfahrungen deutscher Hausärzt*innen beim Umgang mit Schwarzen Patient*innen und Patient*innen mit Migrationsgeschichte beobachtet (vgl. Gerlach et al. 2008). Auch in der vorliegenden Studie zeigte sich ein Deutungswissen, welches die Ärzt*innenschaft bzw. die Medizinstudierenden als Vertreter*innen einer dominanten, normativen Kultur denjenigen Patient*innen gegenüberstellt, die nicht als der vermeintlichen Norm oder dem vermeintlich „eigenen Kulturkreis“ entsprechend angesehen werden. Daraus können Andersbehandlungen, Stigmatisierung und Fehlversorgung resultieren.

Zugehörigkeit, Anerkennung und Berufsmotivation

Dabei impliziert das an die Studierenden vermittelte „Wir“ nicht nur eine potenzielle Ausgrenzung rassistisch markierter Patient*innengruppen. Mit diesem Deutungswissen geht auch die Ausgrenzung und mangelnde Repräsentation rassistisch markierter Ärzt*innen und Medizinstudierender in der Ausbildung einher. Dies zeigte sich in der Semantik und Terminologie verschiedener Lehrmaterialien aus den Stichproben, aber auch in den Erzählungen der Interviewpartner*innen. Folgendes Zitat eines deutschen Arztes, der den Nachnamen seines in den 1970er Jahren aus der Türkei nach Deutschland migrierten Vaters trägt, deutet dies an:

” „Ja, [...] der Kollege kommt dann. Das ist ein türkischer Arzt, aber ist ein ganz netter. Wo ich so dachte, türkischer Arzt, das ist jetzt nicht mein Selbstbild. Und das Komische ist, es ist bei mir dann tatsächlich auch das Gefühl entstanden, ja, ich bin –, gehöre nicht dazu. Ich bin irgendwie – ich bin keiner von diesem Team. Das ist so das, was bei mir am Ende ankam. Und [...] meine Identifikation mit dem Team hat das auch wirklich da zunehmend beeinträchtigt.“ (Aerz-001, Pos. 14)



An diesem Beispiel wird auch deutlich, wie sich normative Vorstellungen, Rassifizierung und Ausgrenzungspraktiken verschränken: Die implizite Abwertung der Zuschreibung „türkisch“ basiert auf der Konstruktion einer unbenannten, aber als überlegen dargestellten Norm, zu der dem Arzt aufgrund seines Nachnamens die Zugehörigkeit abgesprochen wird – was negative Auswirkungen auf das Zugehörigkeitsgefühl des Arztes, die kollegialen Verhältnisse und möglicherweise auf die Wahrnehmung der zu behandelnden Patient*innen und folglich das Ärzt*in-Patient*in-Verhältnis hat.

Das Zugehörigkeitsgefühl sowie die Anerkennung und Identifikation als Ärzt*in sind wiederum wesentlich für die Studien- und Berufsmotivation und hängen eng mit der Art der Repräsentation rassistisch markierter Gruppen in der Ärzt*innenschaft zusammen. Dies wird im folgenden Zitat deutlich, das auch den Rassismus vonseiten der Patient*innen sowie die psychischen Belastungen (siehe auch Kapitel [II.1](#)) für rassistisch markierte Studierende benennt:

” *„Weil es schon schwierig ist, an der Studienmotivation festzuhalten, [...] wenn Leute mich sowieso nicht so als Ärztin sehen. Und [...] gerade in den ersten zwei Jahren, die ja sehr, sehr voll sind und sehr anstrengend, und dann sage ich mir, okay, warum mache ich das eigentlich, wenn ich hier wirklich Patienten habe, die sagen: ‚Von ihnen lasse ich mich nicht behandeln.‘ [...] Und das ist schon schwierig. Weil auch so, wenn man im Studium rassistische Erfahrungen macht [...], wo ich mir dachte, krass, das heißt, dass [...] vielleicht viele meiner Kollegen und Kolleginnen in Zukunft selber auch so Rassismus reproduzieren, dass ich dann in diesem System bin, was rassistisch ist. Und ich das selber, obwohl ich das eigentlich nicht möchte, vielleicht so mittrage. [...] Ja, das ist schon, auch so bei rassistischen Erfahrungen, da wird einfach von dir auch erwartet, [...] dass du damit klarkommst und jetzt aber zur nächsten Lehrveranstaltung. Also es ist auch gar nicht so, dass es einfach ist, in so einen Alltag wieder reinzufinden.“ (Stud-008, Pos. 40)*

Das hier beschriebene Selbstbild und die damit zusammenhängende Ausgrenzung rassistisch markierter Personen ergänzen sich mit einem im folgenden Abschnitt beschriebenen Bild der Neutralität der Ärzt*innenschaft, das im Kontext von Rassismus in der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle spielt.

Neutralitäts- und Objektivitätsansprüche als Hindernis für die Thematisierung von Rassismus

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Ansprüche und Annahmen von humanistischer Neutralität sowie wissenschaftlicher Objektivität eine wichtige Rolle im Umgang mit rassistischen Handlungsnormen spielen:

” „Also der Arztberuf ist politisch. Das ist, finde ich, trügerisch, dieses neutrale Bild. [...] Alles, was in der Gesellschaft passiert, bildet sich im klinischen Alltag unmittelbar ab. Das sehen wir jetzt in der Pandemie.“
(Aerz-003, Pos. 194)



Annahmen über die vermeintliche Neutralität von Ärzt*innen werden sowohl von der Gesellschaft an die Ärzt*innenschaft herangetragen als auch von dieser selbst reproduziert (vgl. hierzu auch Lewicki 2022). Sie überschneiden sich mit problematischen Aspekten wie einer mangelhaften Fehlerkultur und der damit zusammenhängenden Dethematisierung von Rassismus „in den eigenen Reihen“. Im Medizinstudium wie auch im praktischen Berufsalltag deuten sich Formen einer Tabuisierung von Rassismus bzw. Silencingprozesse (siehe auch Kapitel [II.4](#)) an, die in den Interviews und Fokusgruppen auch im Kontext von Neutralitätsansprüchen benannt wurden:

” „Aber halt zum Beispiel so in der Uni [...]. Dann ist das, also mehr als eine Störung, so wie ich das wahrnehme. Sondern, das ist wirklich ein Tabu sozusagen. Also [...] etwas wie das Dritte Reich zum Beispiel, das darf thematisiert werden. Aber [...] über so einzelne Aspekte hinaus darf dieser Vorwurf gefühlt nicht richtig ausgesprochen oder nicht bearbeitet werden.“ (Fokusgruppe 1, Pos. 60)

Die Benennung von Rassismus innerhalb von Institutionen, die gesellschaftlichen Ansprüchen von Neutralität und Objektivität genügen müssen, kann schwerer wiegen als rassistische Verhältnisse selbst:

” „[W]enn man irgendwie sagt, dieses Beispiel ist rassistisch, dann ist es erstmal ein viel größeres Problem, dass man das überhaupt so wahrnimmt [...], als die Tatsache, dass es eigentlich rassistisch ist und nicht so in den Unterricht gehört.“ (Stud-010, Pos. 123)

Solche Abwehrhaltungen können auch entstehen, weil Unklarheit darüber besteht, was Rassismus eigentlich ist, wenn zum Beispiel Rassismus mit Rechtsextremismus gleichgesetzt wird. So trägt das Selbstbild der Neutralität dazu bei, diese Fragen nicht aufklären zu können, weil die Thematisierung von Rassismus von vornherein erschwert wird. Die folgenden Zitate zeigen, wie sehr der Neutralitätsanspruch mit einer internalisierten Abwehrhaltung unter Ärzt*innen und Medizinstudierenden verbunden ist:

” „Dann gibt es dieses Selbstbild, wir sind nicht diskriminierend, wir behandeln alle gleich. Das steht dem auf jeden Fall auch im Weg anzuerkennen, dass wir natürlich nicht alle gleichbehandeln. Ich glaube, das sind wieder diese grundsätzlichen Prozesse [...], dass ich eigentlich finde, dass man sich grundsätzlich mehr in Frage stellen muss als Mediziner*in, auch in dem, was man tut und-. [...] Fehlerkultur ist ja auch eine große Debatte in der Medizin in den letzten Jahren. Ja, vielleicht kann man das

irgendwann so zusammendenken, dass halt eben das auch einer der Fehler ist, die wir haben und machen, dass wir rassistisch sozialisiert sind und das uns beeinflussen lassen. Und können wir uns das alle eingestehen und versuchen, das zu bearbeiten?“ (Aerz-001, Pos. 92)

” *„Ich habe manchmal das Gefühl, dass man ja denkt: ‚Ja, ich bin Mediziner*in und deswegen liebe ich alle Menschen und bin offen jedem gegenüber.‘ Aber [...] dass sie das gar nicht richtig realisieren wollen oder können, dass, obwohl sie Menschen mögen, jeden gleichbehandeln wollen, das eben nicht so ist. Dass es einfach internalisierte Gedanken und sonstige Gefühle gibt, auf die wir alle keinen Einfluss haben, einfach weil sie so allgegenwärtig sind, ja, dass das manchmal so für manche Menschen einfach nicht fassbar ist.“ (Stud-003, Pos. 175)*

Beide Zitate verdeutlichen, dass die befragten Ärzt*innen und Studierenden sich der vorhandenen rassistischen Realitäten im medizinischen Kontext bewusst sind. Gleichzeitig erschwert der Neutralitäts- und Objektivitätsanspruch des ärztlichen Habitus eine kritische Auseinandersetzung mit Rassismus sowohl in der ärztlichen Praxis als auch in der medizinischen Ausbildung.

Dethematisierung und Reproduktion von Rassismus infolge institutioneller Hierarchien und Arbeitskontexte

Institutionelle Strukturen und Arbeitskontexte in Studium und ärztlicher Berufspraxis können dazu beitragen, Rassismus zu befördern und aufrechtzuerhalten. Am Beispiel des Umgangs mit Sprachbarrieren zeigt sich, wie ökonomische Zwänge und Zeitdruck zu ausschließenden Handlungsmustern führen oder diese begünstigen können:

” *„Und ein großes Problem ist die Zeit. Ich habe in einer Hausarztpraxis gearbeitet und da hat jeder Patient zehn Minuten Zeit. Und wenn ein Patient nicht gut Deutsch spricht, dann bekommt er auch nur zehn Minuten und es wird keine zusätzliche Anstrengung unternommen, diese Person zu verstehen. Es ist einfach so, dass die Leute oft auf Basis von Vermutungen handeln.“ (Stud-016, Pos. 11)*

Die herausfordernden Arbeitskontexte sind verbunden mit hierarchischen Strukturen, die rassistische Verhältnisse oftmals repräsentieren, fördern und aufrechterhalten. Folgendes Zitat verdeutlicht, wie professionelle Abhängigkeitsverhältnisse die Dethematisierung von Rassismus festigen können:

„Ja, ich denke, das ist auch in der Medizin ja gerade noch mal ausgeprägt, weil wir ja ein sehr hierarchisches System haben, ja. Es gibt eine eindeutige Hackordnung sozusagen und dann bist du ja, gerade als Student, bist du ja dann sozusagen ganz unten in der Nahrungskette der Medizin und da gibt es natürlich einfach Leute, die du beeindrucken musst, ja. Und wo ich dann ehrlicherweise sage: I do what I have to do, ja. [...] Musst du dann halt durch [...]“ (Aerz-002, Pos. 34)



Mit den ausgeprägten Hierarchien und einem hohen Zeit- und Leistungsdruck im Studium hängt außerdem eine mangelnde (Möglichkeit zur) Reflexion von Studieninhalten und -kontexten durch die Studierenden zusammen, speziell in Bezug auf den Austausch mit Lehrenden. Im folgenden Zitat wird Frustration seitens einer Studierenden gegenüber der Abwehr von Dozierenden deutlich, sich (selbst-)kritisch mit Rassismus auseinandersetzen:

„Ich finde es zum Teil sehr problematisch, dass [...] bei mir in der Uni viele weiße alte Männer ihr problematisches Verhalten realisieren und sich aber darüber hinwegsetzen. [...] Ich kann das irgendwo nachvollziehen, wenn man diesen Schritt nicht schafft zu verstehen, inwiefern das wirklich problematisch ist für [...] die gegenüberstehende Person. Aber mich macht es wütend, wenn Leute das problematische Verhalten realisieren, aber mit ihrem Verhalten dann nur noch mehr provozieren, indem sie es bewusst trotzdem sagen.“ (Fokusgruppe 1, Pos. 62)

Eine Schwarze Ärztin berichtet, dass sie gelernt habe, die Thematisierung von Rassismus gegenüber Patient*innen als Teil ihres ärztlichen Handelns zu begreifen und gegebenenfalls einzuschreiten. Selbst erfahrenen Rassismus problematisiere sie tendenziell allerdings seltener, um körperlich und emotional Ressourcen zu schonen, wie sie schildert – obwohl die Nicht-Thematisierung ebenfalls belastend sein kann:

„Wenn ich Vorgesetzte oder auch Kollegen darauf anspreche, führt es in der Regel zu nichts, ja. Und hat dann für mich letztendlich auch keinen Benefit. [...] Man muss sich halt seine Ressourcen einteilen. [...] [D]ie Frage ist halt immer, nehme ich mir jetzt wirklich die 20 Minuten in meinem Tag, der hier ohnehin relativ stressig ist, um meinem Kollegen das zu erklären, wenn er es ohnehin nicht dankend annimmt, ja?“ (Aerz-002, Pos. 22-24)

Deutlich wird hier, dass die Thematisierung von Rassismus eigene Ressourcen beansprucht, die durch die ökonomischen und zeitlichen Zwänge im Berufsalltag der Ärzt*innenschaft bereits limitiert sind. Dies führt zu einer Abwägung, inwiefern die Thematisierung von Rassismus zielführend im Sinne des persönlichen Zurechtkommens bzw. einer Veränderung der Verhältnisse ist oder nicht.

5.3 Fazit

Entsprechend der theoretischen Herangehensweise an eine Institution als mehrdimensionalem Handlungsraum wurde institutioneller Rassismus in der hier präsentierten Untersuchung multiperspektivisch operationalisiert. Das heißt, es wurde nach Überschneidungen und Verbindungen zwischen Lehrmaterialien, Alltags- und Gruppenerfahrungen gesucht. So wurden verschiedene Analysemethoden (wie Dokumenten-, thematische oder Inhaltsanalyse) kombiniert, um sich der wechselseitigen Wirkung struktureller, institutioneller und kollektiver, aber auch individueller Wissensbestände zu nähern. Die gewählten Triangulationen stellen zwar analytische Herausforderungen dar und bleiben auf Dokumenten-Stichproben und Erfahrungsberichte begrenzt. Sie bieten dabei allerdings auch die Möglichkeit, die Verschränkung verschiedener Ebenen und Kontexte des institutionellen Raumes explorativ zu betrachten, was ein wichtiges Forschungsdesiderat darstellt und für weitere Forschung fruchtbar gemacht werden kann.

Die vorliegende explorative Analyse liefert nachdrückliche Hinweise darauf, dass rassistische Wissensbestände in verschiedener Form und in verschiedensten Bereichen der ärztlichen Ausbildung in Deutschland zirkulieren und miteinander verquickt sind.

Unterrepräsentationen rassistisch markierter Patient*innengruppen: In medizinischen Lehrmaterialien und Praktiken der Wissensvermittlung werden rassistisch markierte Gruppen weitgehend und systematisch nicht berücksichtigt. Diese Auslassung zeigt sich auf verschiedenen Ebenen. Zum Beispiel kommen Personen mit dunklen Hauttypen in dermatologischen und anderen Lehrmitteln fast gar nicht vor, werden rassistische Gesellschaftsverhältnisse als Grund und Auslöser von Krankheiten kaum thematisiert und kolonialmedizinische Hintergründe vielfach ausgeblendet.

Fehl- und Überrepräsentation rassistisch markierter Patient*innengruppen: Werden rassistisch markierte Gruppen berücksichtigt, geschieht dies häufig im Zuge einer Verortung außerhalb vermeintlich westlicher oder vermeintlich deutscher Normen und Werte. Dabei werden sehr verschiedene Gruppen als „fremdartig“, „anders“ oder „besonders herausfordernd“ generalisiert. 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. In vielen Fällen werden diese Zuschreibungen ohne eine ausreichende empirische Transparenz und Kontextualisierung vorgenommen.

Das ärztliche Selbstbild in Gegenüberstellung zu rassistisch markierten Gruppen: Im Medizinstudium wird ein normatives Selbstbild der Ärzt*innenschaft gefördert, das sich in Abgrenzung zu einem stereotypisierten und exotisierten „Anderen“ oder „Fremden“ konstituiert. Mit Bezug auf wissenschaftliche Rationalität und Klassifikationssysteme wird ein ärztlicher Habitus vermittelt, der zur Ausgrenzung und mangelnden Anerkennung von sowohl rassistisch markierten Patient*innen als auch rassistisch markierten Medizinstudierenden und Ärzt*innen beitragen kann.

Der ärztliche Anspruch auf Neutralität führt zur Dethematisierung von Rassismus: Die Selbstzuschreibung von und die gesellschaftliche Erwartungshaltung an Ärzt*innen, ihren Patient*innen gegenüber neutral zu sein, bestärken das oben beschriebene ärztliche Selbstbild und sind somit Bestandteil der rassistischen Verhältnisse selbst. Darüber hinaus stellen sie eine Barriere für eine kritische Auseinandersetzung mit Rassismus dar, weil dieser als gesellschaftlich missbilligtes Phänomen den Ansprüchen auf humanistische Neutralität diametral entgegenläuft und deshalb tabuisiert wird.

Institutionelle Strukturen als Spiegel rassistischer Verhältnisse: Medizinische Versorgung ist häufig von Personalmangel, Zeitknappheit, großer Arbeitsbelastung und starren Hierarchien geprägt. Letztere zeigen sich zum einen in der gesellschaftlich benachteiligten Position von Frauen und rassistisch markierten Gruppen und verhindern zum anderen eine kritische Auseinandersetzung mit Machtverhältnissen. Diskriminierende Praktiken werden insbesondere durch Versorgungskontexte gefördert, die durch die Folgen und Zwänge der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitssystems gekennzeichnet sind (u. a. Personalmangel, Zeitdruck und Wandel des Ärzt*in-Patient*in-Verhältnisses). Rassistische Verhältnisse sind in diese spezifischen institutionellen Strukturen der medizinischen Versorgungssysteme eingeschrieben und bedingen zugleich eine Reproduktion rassistischer Dynamiken.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie legen nahe, dass rassistische Wissensbestände in der ärztlichen Ausbildung Andersbehandlungen und Ausgrenzungspraktiken zur Folge haben können. Dies betrifft sowohl rassistisch markierte Studierende und Ärzt*innen in Ausbildung und Praxis als auch rassistisch markierte Patient*innengruppen in der alltäglichen medizinischen Versorgung der in Deutschland lebenden Bevölkerung.



Handlungsempfehlungen

Um Diskriminierung und Rassismus nachhaltig zu bekämpfen und abzubauen, sind gezielte Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen zu ergreifen. Die hier dargestellten Handlungsempfehlungen leiten sich aus den Befunden des Berichts ab. Neben dem Abbau von Barrieren und dem Schutz vor Diskriminierung und Rassismus zielen manche Maßnahmen auf den expliziten Vertrauensaufbau in Institutionen ab und beziehen sich vor allem auf den Gesundheitsbereich. Des Weiteren wurden Empfehlungen und Forderungen von politischen, wissenschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Akteur*innen berücksichtigt, weil die Ergebnisse des NaDiRa den bestehenden Empfehlungen evidenzbasierten Nachdruck verleihen.

Wie der vorliegende Monitoringbericht darlegt, ist die Verschränkung individueller, institutioneller und struktureller Ebenen kennzeichnend für Diskriminierung und Rassismus. Somit ist es geboten, auf verschiedenen Ebenen gleichzeitig zu handeln, um Diskriminierung und Rassismus nachhaltig abzubauen. Die Empfehlungen richten sich sowohl an Akteur*innen aus der Politik als auch aus der Zivilgesellschaft und der Gesundheitsversorgung. Sie gliedern sich in drei Bereiche:

1. Adressierung von Diskriminierung und Rassismus in institutionellen Kontexten
2. Bessere Ressourcenausstattung von Beratung und Rechtsschutz sowie Strukturänderungen hin zu reduzierten Barrieren
3. Ausbau der Forschung und Förderung von Vernetzung

Es finden sich konkrete Empfehlungen für unterschiedliche Handlungsfelder: Entsprechend der Strategie des **Mainstreamings** bietet sich allgemein eine umfassende Thematisierung von Diskriminierung und Rassismus an ([Empfehlung 1](#)). Für **Institutionen** wird die Notwendigkeit zur Etablierung von Maßnahmen gegen Rassismus und Diskriminierung gesehen ([Empfehlung 2](#)). Darüber hinaus bedarf es zusätzlicher Forschung zu institutionellem Rassismus, wofür notwendige Zugänge gesichert werden sollten ([Empfehlung 14](#)). Bezüglich des Handlungsfeldes **Wissen** gilt es, diskriminierende Wissensbestände speziell in der medizinischen Versorgung abzubauen ([Empfehlung 3](#)). Auch das Handlungsfeld **Sprache** wird querschnittsartig betrachtet. Neben der Stärkung diskriminierungs- und rassismussensibler Sprache und Bilder in der Gesundheitsversorgung und der medizinischen Lehre ([Empfehlung 4](#)) sowie der Etablierung einer diskriminierungssensiblen Sprache in der Forschung ([Empfehlung 16](#)) sind allgemein Sprachbarrieren insbesondere in der Gesundheitsversorgung abzubauen ([Empfehlung 10](#)). Weitere Empfehlungen beziehen sich auf den Aspekt der **Intersektionalität**. Basierend auf den im vorliegenden Bericht präsentierten Befunden, ist nicht nur anzuraten, eine bereits

geförderte geschlechtersensible Medizin mit einer diskriminierungs- und rassismus-sensiblen Medizin zu verbinden ([Empfehlung 5](#)), sondern auch Mehrfachdiskriminierung allgemein gezielter zu beforschen ([Empfehlung 15](#)). An die **Politik** richtet sich der Vorschlag einer Reform des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG), um Lücken im Diskriminierungsschutz insbesondere für das Feld der Gesundheitsversorgung und in institutionellen Kontexten zu schließen ([Empfehlung 6](#)). Daran knüpfen sich für das Handlungsfeld **Beratung** ein flächendeckender Ausbau der Melde- und Beratungsstellen ([Empfehlung 7](#)) sowie speziell mit Blick auf **Betroffene** die Stärkung communitybasierter Strukturen und Angebote ([Empfehlung 11](#)). Dringend geboten ist die Schließung konkreter Lücken in der gesundheitlichen **Versorgung**. Es sind zum einen mehr psychotherapeutische Behandlungsplätze ([Empfehlung 8](#)) und zum anderen diskriminierungsfreie Terminvergaben in Praxen ([Empfehlung 9](#)) sicherzustellen. Zur Verbesserung der Versorgungssituation bedarf es darüber hinaus spezifischer Maßnahmen für Asylsuchende und Menschen ohne Krankenversicherung ([Empfehlung 12](#)). Für die Erarbeitung angemessener Maßnahmen gegen Diskriminierung und Rassismus in Deutschland ist es dringend notwendig, den **Austausch** zwischen unterschiedlichen gesellschaftlichen Akteur*innen zu sichern. Konkret gilt es hier, die Vernetzung zwischen Forschung, Zivilgesellschaft und Politik zu fördern ([Empfehlung 18](#)). Damit verbunden ist die Notwendigkeit für eine vertiefte **Forschung**. Nicht nur ist die Forschung im Bereich Rassismus und Gesundheit weiter auszubauen ([Empfehlung 17](#)), sondern auch grundsätzlich eine deutschsprachige Rassismusforschung systematisch zu etablieren ([Empfehlung 13](#)). Die einzelnen Handlungsempfehlungen werden im Folgenden ausführlich beschrieben.

Adressierung von Diskriminierung und Rassismus in institutionellen Kontexten

1 — Handlungsfeld Mainstreaming:
Diskriminierung und Rassismus umfassend thematisieren

Wie die empirischen Befunde aus dem NaDiRa-panel (siehe Kapitel I) zeigen, sind Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen weitverbreitet. Daher müssen übergreifende gesellschaftliche Diskurse ein Bewusstsein für Rassismus und Diskriminierung schaffen. Das Thema sollte sowohl in der Politik und in institutionellen Kontexten, wie zum Beispiel in Schulen, Ausbildungsstätten und der Arbeitswelt, als auch in zivilgesellschaftlichen Organisationen und Interessenvertretungen oben auf der Agenda stehen. Dabei sollten rassistische Diskriminierung und Rassismus in Verbindung mit anderen Diskriminierungsformen und im Kontext sozialer Ungleichheit in den Blick genommen werden. So könnten in den verschiedenen institutionellen Kontexten sensibilisierende Maßnahmen wie zum Beispiel Awareness-Trainings eingeführt werden.

2 — **Handlungsfeld Institutionen:**

Forschungsbasierte Maßnahmen gegen Rassismus und Diskriminierung in institutionellen Kontexten etablieren

Die Befunde des Berichts veranschaulichen einen Vertrauensverlust in staatliche Institutionen, wenn im Kontakt mit ihnen Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen erlebt werden. Besonders wichtig ist es, Ungleichbehandlungen in Ämtern und Behörden durch politische Maßnahmen in Angriff zu nehmen. In Bezug auf die Polizei laufen immer wieder Debatten, ob ein strukturelles Rassismusproblem vorliegt oder nicht. Eine erste empirische Antwort auf diese Frage findet sich im Zwischenbericht der Polizeistudie, die von der Deutschen Hochschule der Polizei durchgeführt wird. Tatsächlich sind menschenfeindliche Einstellungen in Bezug auf Muslim*innen und Obdachlose unter den befragten Polizist*innen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung stärker verbreitet (vgl. Deutsche Hochschule der Polizei 2023: 57). Dieser Befund deckt sich mit den Ergebnissen des vorliegenden Berichts: Neben Schwarzen Personen sind es vor allem muslimische Befragte, die am häufigsten von Diskriminierungserfahrungen im Kontakt mit der Polizei berichten. Auch in anderen staatlichen Institutionen und Behörden sollten daher ähnliche Untersuchungen stattfinden. Denn nur wenn das Ausmaß des Diskriminierungs- und Rassismusproblems sichtbar wird und eine Auseinandersetzung damit erfolgt, kann systematisch gegen institutionell verankerte Formen von Diskriminierung und Rassismus vorgegangen werden.

3 — **Handlungsfeld Wissen:**

Diskriminierende Wissensbestände in der medizinischen Versorgung durch Ausbildung und Fortbildung abbauen

In der medizinischen Versorgung sind Vorurteile über bestimmte Patient*innengruppen und ihr übertriebenes Schmerzempfinden derart verbreitet, dass sich diese Annahmen in diagnostischen Bezeichnungen niederschlagen. Während Begriffe wie „Morbus Mediterraneus“, „Morbus Bosphorus“ oder „Mamma-mia-Syndrom“ nahelegen, dass insbesondere Menschen mit direkter oder indirekter Migrationserfahrung aus mediterranen Ländern davon betroffen sind, offenbaren die Befunde des vorliegenden Berichts stattdessen erweiterte Diskriminierungspraktiken. Das Kapitel zur Gesundheitsversorgung (siehe [II.3](#)) deckt auf, dass unterschiedliche Gruppen einem erhöhten Risiko ausgesetzt sind, von Ärzt*innen nicht ernst genommen zu werden, sodass sie den Arzt oder die Ärztin wechseln mussten. Das heißt, die medizinische Diagnostik eines verzerrten Schmerzempfindens scheint sich nicht auf Personen bestimmter Herkunftsregionen zu beschränken. Hinzu kommt, dass hiervon Frauen – unabhängig davon, ob rassistisch markiert oder nicht – besonders betroffen sind. Daher wurde in diesem Bericht ein neuer Begriff eingeführt: „Morbus Aliorum“. Er beschreibt die bisher nicht benannte Praxis, auf deren Basis Personengruppen, die von der etablierten Normvorstellung – nämlich *weißen* männlichen

Patienten – abweichen, in der medizinischen Versorgung benachteiligende Erfahrungen machen. Zum nachhaltigen Abbau von Diskriminierung und Rassismus in der medizinischen Behandlung erscheinen daher zwei Punkte essenziell.

Erstens sollten, gegebenenfalls durch die Ärztekammer zertifizierte (vgl. Enquetekommission des Thüringer Landtags 2019: 542), sensibilisierende Fortbildungen für Auszubildende (z. B. Oberärzt*innen) und weiteres Gesundheitspersonal (z. B. Ärzt*innen, medizinische Fach- und Pflegekräfte) angeboten und abgehalten sowie Antirassismuskonzepte (z. B. oben genannte Trainings) für Krankenhäuser, medizinische Praxen und Ausbildungsinstitutionen aufgestellt werden. Diese Maßnahmen können helfen, ein tieferes Verständnis für verschiedene Formen von Rassismus in spezifischen Kontexten von Gesundheit und Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Auch sollen sie Dethematisierung, Abwehrhaltungen oder Bagatellisierungen abbauen und proaktiv begegnen. Darüber hinaus sollte das Thema Rassismus bereits in der medizinischen und pflegerischen Ausbildung im Sinne einer „rassismuskritischen Professionalisierung“ (Mecheril & Mehring 2022: 14–16) regulär verankert werden, um bei dem angehenden Personal ein Bewusstsein für die spezifischen Probleme in der Gesundheitsversorgung zu schaffen.

Zweitens ist in diesem Zusammenhang die Bereitstellung von zeitlichen Ressourcen im Arbeitsalltag eine weitere zentrale Voraussetzung. Knappe zeitliche und finanzielle Ressourcen in der Gesundheitsversorgung können ausschlaggebend dafür sein, dass auf Vorurteile und Stereotype zurückgegriffen wird, um schnellere Entscheidungen und Diagnosen herbeizuführen. Bessere Arbeitsbedingungen in der Gesundheitsversorgung sind maßgeblich für den Abbau von Diskriminierung und Rassismus. Die Befunde aus Kapitel [II.5](#) verdeutlichen, dass es bei ärztlichem Personal kaum Raum für die kritische Reflexion der eigenen Annahmen, Denk- und Handlungsmuster sowie der eigenen sozialen Position, Arbeitsweise und Fehlerkultur gibt. Zum Beispiel könnte ein verbesserter Personalschlüssel mehr Zeit für eine diversitätssensible und rassismuskritische Auseinandersetzung mit Kolleg*innen und Patient*innen in Arbeitskontexten bringen.

4 — Handlungsfeld Sprache:

Diskriminierungs- und rassismussensible Sprache und Bilder in der Gesundheitsversorgung und der medizinischen Lehre stärken

Vorurteile gegenüber Gruppen im Gesundheitskontext entstehen unter anderem auch im Rahmen der medizinischen Ausbildung, zum Beispiel durch Lehrmaterialien, wie in Kapitel [II.5](#) explorativ gezeigt wurde. So sollte das Lehrmaterial dahingehend geprüft werden, wann und aus welchen Gründen in der gesundheitsberuflichen Lehre und Praxis welche Patient*innenmerkmale oder Krankheiten mit welchen Personengruppen in Verbindung gebracht werden. Sowohl die systematische Nichtberücksichtigung von spezifischen Gruppen als auch rassifizierende Stereotypisierungen und Biologisierungen in medizinischen Lehrinhalten sind zu problematisieren, zu reflektieren und zu verändern. Transpa-

rente und konsequente gruppenbezogene Sprache und Zuordnung sollte in Zusammenarbeit mit Community-Organisationen, Lehrbuchverlagen und medizinischen Fakultäten überarbeitet werden. Wie aus der US-amerikanischen Forschung bekannt ist, werden beispielsweise Hautkrebskrankungen bei Schwarzen Menschen häufig zu spät entdeckt (vgl. z. B. Shao & Feng 2022). Dies wird unter anderem damit begründet, dass Hautkrebs bei Schwarzen Personen nicht in medizinischen Lehrmaterialien abgebildet ist. Ein direkter Appell richtet sich daher an Autor*innen von medizinischen Studien und Lehrbüchern sowie an Herausgeber*innen und Verlage: Neben der grundsätzlichen diskriminierungs- und rassismussensiblen Überarbeitung von Fach- und Lehrbüchern können zusätzliche Materialien, die dieses Thema behandeln, beispielsweise in Onlineanhängen direkt zur Verfügung gestellt werden. So kann eine umfassende und diversitätssensible Darstellung etwa von Krankheitsbildern rasch sichergestellt werden.

5 — Handlungsfeld Intersektionalität:

Medizinische Forschung interdisziplinärer gestalten – geschlechtsbasierte Diskriminierung und Rassismus verknüpft untersuchen

Im Koalitionsvertrag der aktuellen Bundesregierung wurde explizit die Förderung von geschlechtersensibler bzw. geschlechtsspezifischer Medizin angekündigt (vgl. SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP 2021: 86). Tatsächlich werden aktuell zwölf Projekte von der Bundesregierung unter dem Förderschwerpunkt „Geschlechtsspezifische Besonderheiten in der Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung“ gefördert (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023a). Während diese Entwicklung sehr begrüßenswert ist, sollte die Gelegenheit auch dazu genutzt werden, eine diskriminierungs- und rassismussensible Perspektive sowie eine intersektionale Analyse mit einzubinden. Das RKI hat bereits in seinem Frauengesundheitsbericht von 2020 darauf hingewiesen, dass unter anderem in Bezug auf Migrantinnen und deren Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsversorgung enorme Datenlücken existieren (vgl. Robert Koch-Institut 2020). Auch der vorliegende Bericht unterstreicht die Relevanz einer intersektionalen Perspektive, die sich nicht nur auf die Rolle des Geschlechts bei der Gesundheitsversorgung fokussiert, sondern auch die besonderen Lebenssituationen und Barrieren von mehrfachbenachteiligten Frauen und Männern berücksichtigt.

Vor dem Hintergrund der Befunde aus dem NaDiRa.panel (siehe Kapitel [11.3](#)) sind es insbesondere rassistisch markierte und nicht markierte Frauen, die dazu neigen, medizinische Behandlungen zu verzögern, wenn sie Diskriminierung im Gesundheitskontext erfahren haben. Kommen Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung bei der Terminvergabe in Praxen hinzu, kann die Akkumulation dieser Prozesse zu erheblich verzögerten Behandlungen und dadurch zu höheren Morbiditäts- und Mortalitätsraten bei Frauen insgesamt, aber insbesondere bei rassistisch markierten Frauen führen. Daher empfehlen wir mit Nachdruck, geschlechtsspezifische Besonderheiten nicht als isolier-

tes Thema in der medizinischen Forschung und Ausbildung zu etablieren, sondern immer in Verbindung mit anderen Diskriminierungsmerkmalen zu betrachten.

Bessere Ressourcenausstattung von Beratung und Rechtsschutz sowie Strukturänderungen hin zu reduzierten Barrieren

6 — Handlungsfeld Politik:

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) reformieren

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) ist seit 2006 in Kraft. Es regelt den Schutz vor „Benachteiligungen aus Gründen der Rasse oder wegen der ethnischen Herkunft, des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Identität“ (§ 1 AGG, 2006/23.05.2023). Es gilt im Erwerbskontext und in Teilen des Zivilrechtsverkehrs und umfasst somit Diskriminierungsschutz im Alltag und im Arbeitsleben. Wie die Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS) feststellt, bietet das AGG jedoch bis dato keinen Schutz vor Diskriminierung in staatlichen Kontexten (vgl. Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2023b). Die Befunde zu den Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen (siehe Kapitel I) in staatlichen Institutionen machen ebenfalls deutlich, dass das AGG auf staatliches Handeln ausgeweitet werden sollte, um vor allem bei institutioneller Diskriminierung angemessenen Rechtsschutz zu gewährleisten (vgl. Bartsch & Aalders 2023). Auch die ADS fordert eine solche Reform des AGG und die Streichung der Beschränkung des Diskriminierungsschutzes für Massengeschäfte (vgl. Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2023a). Eine solche Streichung würde auch rechtliche Klarheit für die Anwendbarkeit des AGG auf den gesundheitlichen Bereich und die medizinische Versorgung schaffen, insbesondere in Bezug auf Behandlungsverträge zwischen Ärzt*innen und Patient*innen (vgl. Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2020b; Bündnis AGG Reform – Jetzt! 2023).

7 — Handlungsfeld Beratung:

Melde- und Beratungsstellen flächendeckend ausbauen

Anhand der präsentierten NaDiRa.panel-Daten zeigt sich sowohl bezüglich der Anzahl als auch bezüglich der subjektiven Erfahrungsberichte eine Notwendigkeit, rassistische Vorfälle flächendeckend zu dokumentieren. Daher empfiehlt sich die feste Verankerung von unabhängigen und niedrigschwelligen Meldestellen für betroffene Personen. Zusätzlich können Angebote zur sozialpsychologischen und rechtlichen Beratung helfen, betroffene Personen zu unterstützen. Zu diesem Zweck sollte das bereits bestehende Netz an Antidiskriminierungs- und spezialisierten Opferberatungsstellen flächendeckend ausgebaut

werden (vgl. Bartel & Kalpaka 2022). Dafür sollten zukünftig finanzielle Ressourcen von den Landesregierungen und der Bundesregierung bereitgestellt werden. Mit dem Förderprogramm „respekt*land“ hat die ADS einen wichtigen Grundstein dafür gelegt, den Ausbau flächendeckender Strukturen des zivilgesellschaftlichen Beratungsnetzes zu Antidiskriminierung abzusichern.

Insbesondere in der Gesundheitsversorgung könnten Melde- und Beratungsangebote dem Vertrauensverlust von Patient*innen entgegenwirken (siehe Kapitel [1.1.3](#)). Es müsste sich um eine niedrigschwellige (idealerweise mehrsprachige) und unabhängige Anlaufstelle bei Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen in der medizinischen Versorgung handeln. Solche Beratungsangebote können Betroffenen Unterstützung bieten, um Diskriminierungserfahrungen in der Gesundheitsversorgung zu melden, sich über die eigenen Rechte zu erkundigen und sich gegebenenfalls zur Wehr zu setzen. Darüber hinaus können sie bei Unklarheiten über die Krankenversicherung oder den Aufenthaltsstatus weiterhelfen. Speziell für Arbeitnehmer*innen in der Gesundheitsversorgung (Ärzt*innen, Pfleger*innen, etc.), die von Diskriminierung und Rassismus betroffen sind, sollten zudem innerbetriebliche Beschwerde- und Beratungsstellen weiter ausgebaut werden. Ein positives Beispiel für die konkrete Umsetzung eines solchen Beratungsangebots ist die rassismuskritische Beratungsstelle für Mitarbeitende der Universität Köln (vgl. Universität zu Köln 2020).

8 — Handlungsfeld Versorgung:
Mehr psychotherapeutische Plätze schaffen

Verknüpft man die zentralen Erkenntnisse zum Gesundheitszustand (Kapitel [1.1](#)), des Experiments zur Terminvergabe (Kapitel [1.2](#)) und zur Gesundheitsversorgung (Kapitel [1.3](#)) miteinander, wird deutlich, dass Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen in engem Zusammenhang mit mentaler Gesundheit stehen: Menschen, die diesen negativen Erfahrungen im Alltag ausgesetzt sind, beschreiben auch ihre mentale Gesundheit als schlechter. Zugleich scheint die Diskriminierung von Menschen mit Namen, die in Nigeria oder der Türkei weitverbreitet sind,

bei der Terminvergabe in psychotherapeutischen Praxen recht stark zu sein. Schließlich zeigt sich, dass vor allem rassismuskritische Personen schneller die Suche nach einem Psychotherapieplatz aufgeben. Diese Ergebnisse sind nicht zuletzt vor dem Hintergrund von grundsätzlich langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz alarmierend. Die Bundespsychotherapeutenkammer hat in ihren Pressemitteilungen wiederholt auf die extrem langen Wartezeiten bis zum Beginn einer Psychotherapie aufmerksam gemacht (vgl. BPTK 2018, 2021, 2023). In Anbetracht der hier vorliegenden Ergebnisse ist davon auszugehen, dass die Situation für rassismuskritische Patient*innen noch drastischer ausfällt. Insofern ist nicht nur die Forderung der BPTK nach mehr psychotherapeutischen Behand-

lungsplätzen berechtigt, sondern es besteht diesbezüglich auch dringender Handlungsbedarf im Kontext von Diskriminierung und Rassismus. Es muss sichergestellt werden, dass alle Menschen gleichberechtigten Zugang zu diesen Plätzen haben und bei der Terminvergabe nicht diskriminiert werden. Darüber hinaus muss ein professioneller Umgang mit Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen im Rahmen der Behandlung gewährleistet sein. Die Auseinandersetzung mit Diskriminierung und Rassismus sollte als ein Teil in die Ausbildung integriert werden. Für bereits praktizierende Psychotherapeut*innen sollten entsprechende Weiterbildungsmaßnahmen entwickelt werden (siehe [Empfehlung 3](#)). Psychotherapeut*innen, die selbst potenziell von Rassismus und rassistischer Diskriminierung betroffen sind, können Betroffenen wichtige Anlaufstellen bieten und sollten gefördert werden. Zudem sollten insbesondere in strukturschwachen Regionen ausreichend Therapieplätze geschaffen werden.

9 — Handlungsfeld Versorgung:
Diskriminierungsfreie Terminvergaben einrichten

Abgesehen von Kinderärzt*innen lassen sich bei allen untersuchten medizinischen Praxen namensbasierte Diskriminierungen von Menschen nachweisen (siehe Kapitel [11.2](#)). Gestützt werden die Ergebnisse des Experiments auch von den Schilderungen in den qualitativen Interviews der Community-basierten partizipativen Studie (siehe Kapitel [11.4](#)). Um einen diskriminierungsfreieren Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewährleisten, kann jede einzelne Praxis eigenständig etwas beitragen. Erstens können Termine über digitale Plattformen bzw. Apps vergeben werden. Wie das durchgeführte Experiment eindrücklich nachweist, ist die Terminvergabe per E-Mail kein geeignetes Instrument, um Diskriminierung zu vermeiden. Selbst wenn eine identische E-Mail versendet wird, sind Menschen mit einem Namen, der eine nichtdeutsche Herkunft suggeriert, bei der Vergabe von Terminen sichtbar benachteiligt. Daher empfiehlt es sich, auf digitale Vergabeformen überzugehen, bei denen die Patient*innen nicht im direkten Kontakt mit der Praxis stehen müssen. Das können praxisspezifische Onlineportale oder appbasierte Anwendungen (wie Doctolib) sein. Zweitens sollte das Personal, das für die Terminvergabe zuständig ist, entsprechend geschult werden (siehe [Empfehlung 3](#)). Da bestimmte Personengruppen nicht internetaffin und bei der Terminvereinbarung auf den direkten Kontakt mit Praxen angewiesen sind, muss unabhängig von soziodemografischen Merkmalen ein gleichberechtigter Zugang ermöglicht werden. Viele Praxen setzen auf mehrsprachiges Personal, um eventuelle Sprachbarrieren zu überwinden. Allerdings gibt es auch einige digitale Lösungen wie Apps mit direkter Übersetzung, die potenziell zur Überbrückung möglicher Sprachbarrieren in der medizinischen Praxis genutzt werden können.

10 — Handlungsfeld Sprache:
Sprachbarrieren abbauen

Grundlage für eine gleichberechtigte Teilhabe an der Gesundheitsversorgung ist eine sichere Verständigung. Der negative Einfluss von Sprachbarrieren auf Zugang, Behandlungsqualität und -zufriedenheit sowie auf die adäquate Nutzung von Gesundheitsressourcen ist eines der Ergebnisse im vorliegenden Bericht (siehe Kapitel [11.4](#) ; vgl. auch Bauer & Alegría 2010; Gebhardt, David & Borde 2008; Wolf & Özkan 2012).

Um Sprachbarrieren zu überwinden, gibt es verschiedene Empfehlungen. So helfen die bedarfsbezogene Finanzierung von Sprachmittlung (z. B. Dolmetscher*innen), die Förderung von Mehrsprachigkeit unter den Beschäftigten im Gesundheitsversorgungssystem sowie die mehrsprachige und multimediale Gestaltung der Angebote dabei, Barrieren nachhaltig abzubauen. Diese Maßnahmen sollten verstärkt und nachhaltig gefördert werden (vgl. Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2023a: 158; Schödwel et al. 2022). Besonders vulnerable Menschen wie Asylsuchende, die Anspruch auf gesundheitliche Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben, benötigen einen gesicherten Anspruch auf Sprachmittlung. Jedoch ist im AsylbLG die Sprachmittlung aktuell nur als Kannleistung aufgeführt, die gesondert beantragt und bewilligt werden muss. Diese Regelung reicht keineswegs aus, um eine Verständigung zu sichern. Die Aufnahme von Sprachmittlungsleistungen in den Leistungskatalog der GKV und in weitere Gesetze, wie zum Beispiel ins AsylbLG, ist notwendig und schließt an die Forderungen von wissenschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Akteuren an (vgl. TransVer 2022).

11 — Handlungsfeld Betroffene:
Communitys stärken

Die empirischen Befunde aus dem NaDiRa.panel (siehe Kapitel [1](#)) belegen, dass rassistisch markierte Personen besonders häufig Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen erleben. Eine Möglichkeit, diese Erfahrungen zu adressieren, besteht in einem flächendeckenden Angebot von diskriminierungs- und rassismussensiblen Beratungsstellen (siehe auch [Empfehlung 7](#)). Insbesondere communitybasierte Beratung kann hier ein Weg für eine angemessene Repräsentation der Erfahrungen und Perspektiven von Rassismus betroffenen Menschen sein. Ein erster wichtiger Schritt für den Aufbau solcher Angebote ist das Modellvorhaben der Antirassismusbeauftragten zur Finanzierung communitybasierter Beratungsnetzwerke in Migrant*innenselbstorganisationen. Anzustreben ist eine strukturelle Verankerung dieser Beratungsangebote auf Landes- und Kommunalebene. Auch aus der hier vorgestellten Community-basierten partizipativen Studie im Bereich Gesundheitsversorgung (siehe Kapitel [11.4](#)) ergibt sich die Empfehlung, Selbstvertretungs- und Selbsthilfeorganisationen rassistisch markierter Menschen stärker und kontinuierlich zu fördern. Diese Forderungen sind bereits von der Zivilgesellschaft vorgebracht worden, etwa im *Afrozensus*

(vgl. Aikins, M. A. et al. 2021). Da unsere Studienergebnisse zu ähnlichen Schlüssen kommen, schließen auch diese Handlungsempfehlungen an bestehende Forderungen an. Folgende Maßnahmen können dazu beitragen, betroffene Menschen in der Selbstorganisation und Selbstrepräsentation zu stärken: langfristige Sicherung von Ressourcen für die Selbstorganisation und -hilfe (u. a. Finanzen, Räumlichkeiten) sowie Unterstützung beim Auf- und Ausbau von Selbstorganisationen und Selbsthilfegruppen, insbesondere im ländlichen Raum.

Es gibt bestehende Projekte von betroffenen Communitys in Deutschland, die speziell in der Gesundheitsförderung aktiv sind (u. a. Maisha e. V., SOFRA – Queer Migrants e. V. und das Afrikanische Gesundheits- & HIV-Netzwerk in Deutschland). Diese sind bis dato weder hinreichend bekannt noch miteinander vernetzt. Daher muss ihre Vernetzung für einen Wissens- und Erfahrungsaustausch sowie gegenseitige Unterstützung auf allen Ebenen gefördert werden: auf kommunaler Ebene, auf Länderebene und bundesweit. Auch in communitybasierten Zusammenhängen müssen der Umgang mit gesellschaftlichem, institutionellem, interpersonellem sowie internalisiertem Rassismus stärker thematisiert und spezifische Bewältigungs- und Handlungsstrategien nachhaltig gefördert werden (u. a. durch communitybasierte Angebote, spezifische Empowerment-Trainings und angemessene Aufklärung über die rechtlichen Rahmen und Rechtsansprüche im deutschen Gesundheitssystem). Community-Organisationen und Selbstvertretungen rassistisch markierter Menschen sind wichtige Akteure. Um sie zu stärken, bedarf es zusätzlicher Ressourcen, um Community-Mitglieder fortzubilden und eine angemessene Honorierung ihrer Tätigkeiten strukturell zu ermöglichen.

12 — Handlungsfeld Versorgung:
*Spezifische Maßnahmen für Asylsuchende und Menschen ohne
Krankenversicherung gestalten*

Die Studie „Community-Perspektiven auf Rassismus in der Gesundheitsversorgung“ (Kapitel II.4) hat auch gezeigt, dass insbesondere Asylsuchende einen eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen haben und somit Benachteiligung erfahren (vgl. auch Gottlieb & Schülle 2021). Eine Überprüfung dieser Regelungen (§§ 4 und 6 AsylbLG) bzw. die Anpassung der medizinischen Leistungsansprüche an den GKV-Leistungskatalog wäre notwendig, um einen diskriminierungsfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung aller in Deutschland lebenden Menschen zu schaffen (vgl. Bader, Gach & Offe 2022: 13; Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege [BAGFW] 2022).

Die bundesweite Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende, wie sie in mehreren Bundesländern bereits existiert, kann Zugangsbarrieren zur medizinischen Versorgung abbauen. Zudem sollte, wie im Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2021 aufgenommen (vgl. SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP 2021: 111) und von internationalen Menschenrechtsausschüssen (vgl. Bader, Gach & Offe 2022; Committee on Economic, Social and Cultural Rights [CESCR] 2018) empfohlen, die Übermittlungspflicht

im Bereich Gesundheit eingeschränkt werden, damit kranke Menschen ohne Papiere künftig nicht davon abgehalten werden, sich medizinisch behandeln zu lassen (vgl. Ärzte der Welt e. V. 2022). Für Menschen ohne Krankenversicherung haben einige Bundesländer Clearingstellen zur Unterstützung eingerichtet, die sich hinsichtlich der Ausgestaltung und Handlungsoptionen unterscheiden. Neben der Beratung vermitteln die Anlaufstellen auch medizinische Behandlungen. Je nach Konzept ist eine Finanzierung der Behandlungskosten möglich. Damit erfüllen sie eine wichtige Lotsenfunktion und unterstützen Menschen ohne Krankenversicherung dabei, einen Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung zu erhalten. Die bundesweite Einrichtung und bessere Ausstattung von Clearingstellen ist ein wichtiges Ziel und wird bereits von zivilgesellschaftlichen Akteuren empfohlen (vgl. ebd.; BAG & BACK 2023).

Ausbau der Forschung und Förderung von Vernetzung

13 — **Handlungsfeld Forschung:**

Deutschsprachige Rassismusforschung systematisch auf- und ausbauen

Die Rassismusforschung ist in Deutschland bisher kaum institutionalisiert, weshalb sie stark fragmentiert ist und sich die Datenlage zum Thema als schwierig erweist. Um diese Probleme anzugehen, sollte eine inter- und transdisziplinäre Forschungsinfrastruktur aufgebaut werden. Dies erfordert, dass Rassismuskritik als Kernkompetenz in der universitären Lehre verankert wird und auch in anderen Bildungsbereichen in Deutschland Einzug hält. Ziel sollte dabei sein, nicht nur den Mehrwert rassismuskritischer Perspektiven anzuerkennen, sondern auch die Expertise für eine aktive Antidiskriminierung zu vermitteln. Um eine zeitgemäße und international wettbewerbsfähige deutschsprachige Rassismusforschung zu etablieren, ist es außerdem geboten, ethische Forschungsstandards weiterzuentwickeln. Es gilt, Schaden von rassismuskritischen Menschen in der oder durch die Forschung zu vermeiden. Wenn möglich, sollten Ergebnisse der Rassismusforschung in die Organisationen und Politiken der von Rassismus betroffenen Menschen zurückfließen. Hierfür ist es notwendig, die Sichtbarkeit der Forschungsergebnisse zum Thema Rassismus in Deutschland zu erhöhen und den Austausch zwischen deutschsprachiger und internationaler Rassismusforschung zu intensivieren. Obgleich der NaDiRa einen wichtigen Beitrag für die Institutionalisierung einer solchen Rassismusforschung leistet, steht auch künftig noch viel Arbeit für die Entwicklung von geeigneten Befragungsinstrumenten und Skalen an, die eine breite Erfassung von Rassismus ermöglichen. Hierbei handelt es sich um rassismuskritische Grundlagenforschung, die über die bestehende Einstellungsforschung hinausgeht.

14 — Handlungsfeld Institutionen:

Forschung zu institutionellem Rassismus – und Zugänge dafür schaffen

Die vorliegenden Befunde zu Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen geben Hinweise darauf, dass staatliche Institutionen wie Ämter und Behörden entscheidende Orte sind, an denen Diskriminierungserfahrungen gemacht werden. Forschung, die in den Blick nimmt, wie die etablierten Routinen und Praktiken in solchen Einrichtungen Rassismus und Diskriminierung begünstigen und reproduzieren, ist daher unerlässlich. Staatliche Einrichtungen sollten daher Forschungszugänge ermöglichen bzw. erleichtern. Dies gilt insbesondere auch für den Zugang und die Nutzung von Prozessdaten. Die Freigabe solcher Daten ist bereits angestoßen, wie der Aufbau des Forschungsdatenzentrums des Bundesministeriums für Gesundheit beispielhaft belegt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2023b). Dieser Prozess ist auch für andere institutionelle Kontexte wünschenswert und könnte zu einer besseren Datenlage mit Blick auf Rassismus und Diskriminierung in Deutschland beitragen.

15 — Handlungsfeld Intersektionalität:

Mehrfachbenachteiligungen gezielter beforschen

In diesem Bericht wurden Analysen explizit geschlechtsspezifisch durchgeführt. An vielen Stellen wird dabei deutlich, dass die alltäglichen Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen für Frauen und Männer unterschiedlich ausfallen. Auch zeigen sich kontextabhängige Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Während Männer häufiger als Frauen von allgemeinen Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen berichten, sind es im Gesundheitsbereich vor allem Frauen, die von Diskriminierung betroffen sind. Einige unserer Befunde belegen deutlich, dass Sexismus und Diskriminierung bzw. Rassismus miteinander verflochten sind: Gerade bei Frauen ist häufig ein Ärzt*innenwechsel zu beobachten, weil sie nicht ernst genommen wurden. Besonders rassistisch markierte Frauen scheinen im Gesundheitssystem überdurchschnittlich stark von Benachteiligungen betroffen zu sein. Diese Zusammenhänge und empirischen Muster können nur aufgedeckt werden, wenn Mehrfachbenachteiligungen untersucht werden. Es gilt also, in zukünftiger Forschung weitere Diskriminierungsmerkmale umfassend im Zusammenspiel mit Rassismus zu untersuchen. Denn erst durch die Anerkennung der Verknüpfung von rassifizierenden Merkmalen mit anderen soziodemografischen Faktoren wie Geschlecht oder Alter können Diskriminierungs- und Rassismodynamiken verstanden und bekämpft werden.

16 — Handlungsfeld Sprache:*Diskriminierungssensible Sprache in der Forschung etablieren*

Im gesamten Forschungsprozess – bei der Ansprache von möglichen Teilnehmenden, in der mündlichen und schriftlichen Kommunikation, in Studieninformationen sowie bei der Veröffentlichung von Ergebnissen – sollte darauf geachtet werden, keine Stereotype und Stigmatisierungen zu reproduzieren. Einen Leitfaden und eine Übersicht zu relevanten Begriffen und Konzepten zum diskriminierungssensiblen Sprachgebrauch rund um Migration und Gesundheit hat das Robert Koch-Institut zur Verfügung gestellt (Robert Koch-Institut 2022; vgl. auch Bilgic et al. 2022).

17 — Handlungsfeld Forschung:*Forschung zu Rassismus und Gesundheit ausbauen*

Der vorliegende Bericht liefert erste Hinweise bezüglich verschiedener Handlungsfelder in Bezug auf Rassismus und Gesundheit und macht damit gleichzeitig deutlich, welche Aspekte zukünftig noch zu untersuchen sind. Diskriminierung und Rassismus im Kontext von Gesundheit müssen systematisch und nachhaltig wissenschaftlich beobachtet werden. Dies sollte im Austausch mit unterschiedlichen Einrichtungen und Organisationen auf verschiedenen Ebenen geschehen (z. B. Community-Organisationen, ADS, Krankenhäusern, Ärztekammern und anderen Verbänden). Mithilfe weiterer Forschung sind Daten in der Breite (z. B. durch quantitative Surveys zum Ausmaß von Krankheitsprävalenzen) sowie in der Tiefe (z. B. qualitative Studien zu Strukturen, Prozessen und Mechanismen) zu generieren, um rassistische Verhältnisse in Bezug auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung besser verstehen und gezielte Maßnahmen zu ihrer Verminderung und Beseitigung ergreifen zu können (zu einer Diskussion konkreter Forschungsdesiderate siehe [Fazit](#)).

18 — Handlungsfeld Austausch:*Vernetzung fördern*

Die Vernetzung verschiedener wissenschaftlicher, politischer und praxisorientierter Akteure und Projekte kann zu einer Etablierung und Verbesserung der Rassismusforschung beitragen. Sie ist daher dringend geboten und künftig weiter zu fördern und zu finanzieren. Zudem braucht es regelmäßige Konferenzen mit einer Beteiligung von Wissenschaft, Politik und Praxis, um über Entwicklungen, Maßnahmen und weiteren Forschungsbedarf zu diskutieren.

Fazit

Eine Demokratie lebt von dem Vertrauen, das ihre Gesellschaftsmitglieder dem Staat und seinen Institutionen entgegenbringen. Dieses wird jedoch beschädigt durch sich wiederholende Erfahrungen mit Diskriminierung und Rassismus. Wie der vorliegende Bericht zeigt, sind solche Erfahrungen gesellschaftlich weitverbreitet und stellen in unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen in Deutschland ein strukturelles Problem dar. Es konnten individuelle sowie gesellschaftliche Folgen (rassistischer) Diskriminierung nachgewiesen werden. Besonders rassistisch markierte Personen erleben diese überdurchschnittlich häufig. Neben der Abnahme des Vertrauens in staatliche Institutionen zeigen sich auch Effekte für die Gesundheit und Gesundheitsversorgung. So wird (rassistische) Diskriminierung besonders stark im Gesundheitsbereich erfahren. Zugleich hängt sie mit dem allgemeinen Gesundheitsempfinden zusammen. Eine rassismuskritische Perspektive auf das deutsche Gesundheitssystem, wie sie in dem vorliegenden Bericht eingenommen wurde, macht strukturelle Herausforderungen sowie neue Dynamiken von Ausschlüssen bzw. Fehl- und Unterversorgungen sichtbar. Diese sind besonders dramatisch, da es speziell der Gesundheitsbereich ist, in dem Menschen besonders vulnerabel und vielfach auf Hilfe und solidarische Ressourcen angewiesen sind. Dementsprechend können Zugänge zur Gesundheitsversorgung sowie medizinisches Wissen und medizinische Praktiken über Leben und Tod entscheiden. Gesundheit stellt demnach eine existenzielle Grundlage des Lebens dar und gilt als Menschenrecht. Gerade deswegen zielt der Bericht mit seinen Befunden darauf ab, eine gesellschaftliche Auseinandersetzung mit Rassismus anzustoßen, um politische Maßnahmen zu entwickeln, die diesem nachhaltig entgegenwirken. Dafür gilt es auch, kritisch darüber zu diskutieren, wie Rassismus in Deutschland angemessen erfasst und beforscht werden kann.

Kritische methodologische Reflexion

Multimethodische Ansätze zur Erforschung von Rassismus in Deutschland sind notwendig, um die Breite des Phänomens zu erfassen – gleichzeitig sind sie herausfordernd:

Die quantitative Rassismusforschung sieht sich grundsätzlich mit der konzeptionellen Frage konfrontiert, welche Kategorisierungen geeignet und vorzuziehen sind, um rassistische Erfahrungen und Strukturen abzubilden. Dabei geht es darum, wie rassistisch markierte Bevölkerungsgruppen für die Befragung zu erreichen sind und nach welchen Kriterien diese in unterschiedlichen Kategorien zusammengefasst werden. Die bisherige Forschung hat zumeist mithilfe der Kategorien „Migrationshintergrund“ und „Staatsangehörigkeit“ versucht, Ungleichheiten in unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen zu erfassen. Speziell für den Gesundheitsbereich verweist das Robert Koch-Institut in sei-

nem aktuellen Gesundheitsmonitoring-Bericht jedoch darauf, dass diese Kategorien nicht ausreichen, um die Ungleichheiten im Gesundheitssystem und die Heterogenität von Lebenslagen und Erfahrungen rassistisch markierter Gruppen abzubilden. Zudem regt das RKI dazu an, eine intersektionale Perspektive zugrunde zu legen (vgl. Kajikhina et al. 2023). Diese beiden Leerstellen wurden im vorliegenden Monitoringbericht bearbeitet. Dabei wurden Kategorien aufgegriffen, die unabhängig von der Staatsangehörigkeit oder dem rechtlichen Status den Befragten die Möglichkeit eröffnen, Selbstauskünfte zu ihren Identitätsverständnissen und wahrgenommenen Fremdzuschreibungen zu geben (vgl. Supik 2022). Die unterschiedlichen Möglichkeiten zur Kategorisierung gehen jedoch mit Limitationen einher, die zukünftig weiter erforscht und erprobt werden müssen. Das NaDiRa.panel leistet durch das Nebeneinanderlegen der unterschiedlichen Analysekatgorien und sein Sampling mit besonderer Repräsentation von Schwarzen, muslimischen und asiatischen Menschen einen wichtigen Beitrag zur methodisch-konzeptionellen Diskussion für die Weiterentwicklung der quantitativen Rassismusforschung. Eine besondere Stärke des NaDiRa.paneels besteht darin, dass durch die große Stichprobe dieser drei Gruppen erstmals repräsentative Aussagen über deren Perspektiven und Erfahrungen getroffen werden können. Für quantitative Erhebungen im deutschen Kontext waren besonders Schwarze, muslimische und asiatische Menschen bisher nur schwer zu erreichen und kaum abzubilden. Die Prozesse der Zuschreibung rassistischer Merkmale können über quantitative Erhebungen nicht erfasst werden. Auch die Betroffenenperspektiven können dies in quantitativen Untersuchungen nur begrenzt leisten. Neben der Erfassung von Einstellungen und rassistischen Wissensbeständen ist eine Ergänzung durch qualitative Methoden unabdingbar für ein Verständnis davon, wie und in welchen konkreten Situationen rassistische Wissensbestände abgerufen werden und somit ungleiche gesellschaftliche Positionen und Handlungsmöglichkeiten erzeugen. Hier geht es vor allem um eine Erforschung der Interaktionen (Handlungen und (non-)verbale Kommunikation) in institutionellen Kontexten.

Durch qualitative und partizipative Ansätze (siehe Kapitel [II.4](#) und [II.5](#)) ließen sich vertiefte Einblicke in oft latente, aber grundlegende Prozesse und Dynamiken von Rassismus und Rassifizierung gewinnen. In dieser Hinsicht ist zum Beispiel die partizipative Auseinandersetzung mit Lehrmaterialien im Medizincurriculum für eine explorative Untersuchung von institutionellem Rassismus in der Gesundheitsversorgung und Medizin hilfreich. Der in der entsprechenden Studie dieses Berichts angewandte Ansatz der Triangulation lässt die „Einnahme unterschiedlicher Perspektiven auf einen untersuchten Gegenstand“ zu (Flick 2011: 12). Erst die Kombination verschiedener qualitativer Methoden (Dokumentenanalyse, thematische Analyse, Inhaltsanalyse) ermöglichte eine Annäherung an die Wechselbeziehungen zwischen kollektiven bzw. individuellen Wissensbeständen und institutionell-strukturellen Dimensionen von Rassismus. Obgleich ein triangulierendes Vorgehen mit der Herausforderung einhergeht, unterschiedliche Quellentypen angemessen auszuwerten und miteinander in Beziehung zu setzen, liefert es zugleich Befunde zu diesen bisher kaum beleuchteten Zusammenhängen. Die Selbstidentifikation der Teilnehmenden war dabei eine wichtige Grundlage, um die Reproduktionen von Rassismus in der Forschung durch Zuschreibungen und Fremdbezeichnungen zu begrenzen.

Die Einbeziehung von Community-Perspektiven kann dazu beitragen, die Qualität der Daten zu erhöhen, weil lebensweltliches Wissen bei der Konzeption der Studien, der Datenerhebung und der Interpretation mit einfließt (vgl. von Unger 2014). Auf diese Weise können Daten kontext- und diversitätssensibel erhoben und aus verschiedenen Perspektiven gedeutet werden. Der Community-basierte Ansatz (CBPR) bringt außerdem forschungsethische Vorteile mit sich, indem durch Mitsprache Schäden vermieden bzw. reduziert werden können. Der Ansatz ermöglicht es somit, nicht intendiertem Othering in der Forschung entgegenzuwirken. CBPR beinhaltet Erkenntnis- und Handlungsziele und entfaltet somit unmittelbaren Nutzen und Relevanz über die Forschung hinaus. Allerdings haben auch diese Ansätze Limitationen. Durch die Wahl der Ko-Forschenden und Studienteilnehmer*innen werden Weichenstellungen vorgenommen, die den weiteren Studienverlauf entscheidend beeinflussen: im Positiven wie im Negativen. Bestimmte Zugänge werden dadurch eröffnet und andere verschlossen. Zudem erheben qualitative Studien keinen Anspruch auf Repräsentativität, sondern folgen anderen wissenschaftlichen Gütekriterien (vgl. Misoch 2019). Sie können und sollen keine Aussagen über das Erleben der Befragten hinaus treffen.

Anschließende Forschungsfragen und Ausblick

Die im vorliegenden Bericht des NaDiRa versammelten Befunde können zwar in Schlaglichtern aufzeigen, dass sich Rassismus an verschiedenen Stellen des Gesundheitswesens offenbart, stellen für die umfassendere Analyse von rassistischen Wirkweisen im Gesundheitsbereich jedoch nur einen ersten Schritt dar. Dabei ist festzuhalten, dass Rassismen nicht nur in den unmittelbaren Versorgungskontexten zum Ausdruck kommen: Rassistisch markierte und nicht markierte Menschen betreten – in Bezug auf ihre Gesundheit – nicht mit den gleichen Startvoraussetzungen das Gesundheitssystem. Die Diskriminierung und Abwertung rassistisch markierter Personen beginnt nicht erst mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen. Gegenwärtige Formen (indirekter) rassistischer Diskriminierung können auch auf vergangenen (direkten) Ausgrenzungserfahrungen basieren, sie aufrechterhalten oder verstärken. Im US-amerikanischen Kontext wird dies begrifflich als *past-in-present discrimination* gefasst (vgl. Feagin & Eckberg 1980: 12–13).

Aus dem vorliegenden Bericht und verschiedenen internationalen und nationalen Studien ergeben sich unterschiedliche und weitergehende Fragestellungen. Zum einen bedarf es weiterer Forschung zu spezifischen Formen des Rassismus, zum Beispiel gegenüber Schwarzen Menschen, muslimisch oder asiatisch gelesenen Menschen oder Sinti*zze und Rom*nja (siehe Kapitel I). Des Weiteren müssen intersektionale Verschränkungen untersucht werden. Hier geht es zum Beispiel um die Überschneidung und Gleichzeitigkeit von Rassismen. Darüber hinaus relevant sind rassistische, sexistische, klassistische oder Altersdiskriminierung, grundsätzliche Machtgefälle in der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung und andere institutionelle Besonderheiten der Gesundheitsversorgung (wie z. B. Zeitdruck oder die erhöhte Vulnerabilität von Patient*innen) (siehe Kapitel II). So muss Rassismus sowohl bezüglich der Patient*innen und verschiedener professioneller Gruppen im Gesundheits-

bereich wie Pflegepersonal und Auszubildenden als auch bezüglich verschiedener Fachrichtungen untersucht werden (siehe Kapitel II). In diesem Zusammenhang wären eingehendere Studien wichtig, die sich mit den institutionellen Arbeitsbedingungen und den genauen Funktionsweisen etwa des *hidden curriculum* im Kontext von Hierarchien, Normen, ärztlichem Habitus und Rassismus beschäftigen. Die Debatte um Professional Identity Formation könnte hier ein Anfang sein (siehe Kapitel II.5).

Zudem bedarf es weiterer Forschung, die die Handlungsfähigkeit (*agency*) rassistisch markierter Personen und Gruppen, also die individuellen und kollektiven Strategien, mit denen sich rassistisch markierte Personen durch rassistische Strukturen navigieren, in den Blick nimmt. Darüber hinaus sind mehr Forschungsprojekte etwa zum Empowerment notwendig⁶⁵, um dieses besser zu verstehen (vgl. Aikins, M. A. et al. 2021: 270–271). Um solche Forschung zeitgemäß zu gestalten, bedarf es der Stärkung von Forschungsstrategien wie zum Beispiel Community-basierter partizipativer Forschung (CBPR) oder Participatory Action Research (PAR). Diese arbeiten mit macht- und rassistuskritischen forschungsethischen Prinzipien, die zu fördern sind. Damit geht die Etablierung von Community-Ethik-Komitees an Universitäten, Hochschulen und Forschungsinstituten einher, die Forschungsprozesse kritisch begleiten und beratend unterstützen können. Darüber hinaus können innovative Methoden wie die Nutzung audiovisueller Daten (z. B. über Photovoice oder Storytelling) wichtige Einblicke liefern und zu einer besseren Wissensvermittlung zwischen Forschung und Praxis beitragen.

Rassismus stellt ein gesellschaftliches Verhältnis dar, das Hierarchien und soziale Ungleichheiten produzieren und aufrechterhalten kann. Die zukünftigen Berichte des NaDiRa sollen daher zu den Lebensbereichen Arbeit, Wohnen und Bildung spezifische empirische Befunde liefern. Insofern werden institutionelle Schwerpunkte für die Folgerhebungen priorisiert, die unmittelbar den Lebensalltag und die Teilhabechancen der Menschen strukturieren.

Ziel des NaDiRa ist es, über ein mittel- und langfristiges multimethodisches Monitoring Aussagen darüber treffen zu können, wie rassistische Ungleichheiten in den verschiedenen Lebensbereichen festgestellt werden können und wie dagegen angegangen werden kann.

⁶⁵ Z. B. des partizipativen Forschungsprojekts EMPOW (vgl. Ludwig-Maximilians-Universität [LMU] o. D.).

Literaturverzeichnis

- **Adegbembo, Albert O.; Tomar, Scott L. und Logan, Henrietta L. (2006):** Perception of racism explains the difference between Blacks' and Whites' level of healthcare trust. In: *Ethnicity & Disease* 16 (4).
- **Aich, Prodosh (1963):** *Farbige unter Weißen*. Köln/Berlin: Kiepenheuer & Witsch.
- **Aikins, Joshua K. und Supik, Linda (2018):** Gleichstellungsdaten: Differenzierte Erfassung als Grundlage für menschenrechtsbasierte Antidiskriminierungspolitik. In: Foroutan, Naika; Karakayali, Juliane und Spielhaus, Riem (Hg.): *Postmigrantische Perspektiven. Ordnungssysteme, Repräsentationen, Kritik*. Frankfurt, New York: Campus Verlag, S. 97–112.
- **Aikins, Muna A.; Bremberger, Teresa; Aikins, Joshua K.; Gyamerah, Daniel und Yildirim-Caliman, Deniz (2021):** Afrozensus 2020. Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland. Berlin: Each One Teach One (EOTO) e. V.; Citizens For Europe (CFE) gUG.
- **Akbulut, Nurcan; Limaro, Naomi; Wandschneider, Lisa; Dhonkal, Rhanjeet; Davidovitch, Nadav; Middleton, John und Razum, Oliver (2020):** Aspher statement on racism and health: Racism and discrimination obstruct public health's pursuit of health equity. In: *International Journal of Public Health* 65 (6), S. 727–729. DOI: [10.1007/s00038-020-01442-y](https://doi.org/10.1007/s00038-020-01442-y).
- **Akbulut, Nurcan und Razum, Oliver (2022):** Why othering should be considered in research on health inequalities: Theoretical perspectives and research needs. In: *SSM – Population Health* 20, S. 101286. DOI: [10.1016/j.ssmph.2022.101286](https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101286).
- **Alexopoulou, Maria (2019):** Wir sind auch das Volk! Das deutsche Volk in der Transformation der Bundesrepublik zur Einwanderungsgesellschaft. In: *Jahrbuch für Antisemitismusforschung* 28, S. 225–254.
- **Alexopoulou, Maria (2023a):** Rassismus als Leerstelle der deutschen Zeitgeschichte. In: *Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor* (Hg.): *Rassismusforschung I. Theoretische und interdisziplinäre Perspektiven*. Gesellschaft der Unterschiede, Bd. 73. Bielefeld: transcript. DOI: [10.14361/9783839461501-002](https://doi.org/10.14361/9783839461501-002), S. 23–56.
- **Alexopoulou, Maria (2023b):** *Rasse/race*. In: Bartels, Inken; Löhr, Isabella; Reinecke, Christiane; Schäfer, Philipp und Stielike, Laura (Hg.): *Inventar der Migrationsbegriffe*. Online verfügbar unter: <https://www.migrationsbegriffe.de/rasse>.
- **Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (2006 & i. d. F. v. 23.05.2023).** Online verfügbar unter: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/AGG/agg_gleichbehandlungsgesetz.pdf?__blob=publicationFile.
- **Amir-Moazami, Schirin (Hg.) (2018):** *Der inspizierte Muslim. Zur Politisierung der Islamforschung in Europa. Globaler lokaler Islam*. Bielefeld: transcript. Online verfügbar unter: <https://elibrary.utb.de/doi/book/10.5555/9783839436752>.
- **Amutah, Christina; Greenidge, Kaliya; Mante, Adjoa; Munyikwa, Michelle; Surya, Sanjna L.; Higginbotham, Eve; Jones, David S.; Lavizzo-Mourey, Risa; Roberts, Dorothy; Tsai, Jennifer und Aysola, Jaya (2021):** Misrepresenting race – the role of medical schools in

- propagating physician bias. In: *The New England Journal of Medicine* 384 (9), S. 872–878. DOI: [10.1056/NEJMms2025768](https://doi.org/10.1056/NEJMms2025768).
- **Anderson, Kelly E.; McGinty, Emma E.; Presskreischer, Rachel und Barry, Colleen L. (2021):** Reports of forgone medical care among US adults during the initial phase of the covid-19 pandemic. In: *JAMA network open* 4 (1), e2034882. DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2020.34882](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.34882).
 - **Andersson, Jenny; Salander, Pär und Hamberg, Katarina (2013):** Using patients' narratives to reveal gender stereotypes among medical students. In: *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 88 (7), S. 1015–1021. DOI: [10.1097/ACM.0b013e318295b3fe](https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318295b3fe).
 - **Angerer, Silvia; Waibel, Christian und Stummer, Harald (2019):** Discrimination in Health Care: A Field Experiment on the Impact of Patients' Socioeconomic Status on Access to Care. In: *American Journal of Health Economics* 5 (4), S. 407–427. DOI: [10.1162/ajhe_a_00124](https://doi.org/10.1162/ajhe_a_00124).
 - **Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2017):** Diskriminierung in Deutschland. Dritter Gemeinsamer Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbereich betroffenen Beauftragten der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages. Berlin.
 - **Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2020a):** Jahresbericht 2019. Online verfügbar unter: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Jahresberichte/2019.pdf?__blob=publicationFile&v=3, zuletzt geprüft am 05.07.2021.
 - **Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2020b):** Standpunkte: Ist das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz auf medizinische Behandlungsverträge anwendbar? Standpunkte 1-09/2020. Online verfügbar unter: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Standpunkte/01_Behandlungsvertraege.pdf?__blob=publicationFile&v=5, zuletzt geprüft am 24.08.2023.
 - **Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2023a):** Diskriminierung in Deutschland – Erfahrungen, Risiken und Fallkonstellationen. Vierter Gemeinsamer Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbereich betroffenen Beauftragten der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages. Berlin. Online verfügbar unter: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/BT_Bericht/gemeinsamer_bericht_vierter_2021.pdf?__blob=publicationFile&v=10, zuletzt geprüft am 24.08.2023.
 - **Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2023b):** Vielfalt, Respekt, Antidiskriminierung. Grundlagenpapier zur Reform des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG), vorgelegt von der Unabhängigen Bundesbeauftragten für Antidiskriminierung. Online verfügbar unter: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/Sonstiges/20230718_AGG_Reform.pdf?__blob=publicationFile&v=7, zuletzt geprüft am 24.08.2023.
 - **Apouey, Bénédicte H. und Geoffard, Pierre Y. (2014):** Child health and access to health care in France: evidence on the role of family income. In: *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62 (3), S. 179–190.
 - **Appiah, K. A. (2000):** Stereotypes and the Shaping of Identity. In: *California Law Review* 88 (1), S. 41. DOI: [10.2307/3481272](https://doi.org/10.2307/3481272).

- **Ärzte der Welt e. V. (2022):** GleichBeHandeln. Klage auf Gesundheitsversorgung für Menschen ohne Papiere. Online verfügbar unter: <https://gleichbehandeln.de/>, zuletzt geprüft am 11.09.2023.
- **Ashley, Wendy (2014):** The angry black woman: The impact of pejorative stereotypes on psychotherapy with black women. In: Social work in public health 29 (1), S. 27–34. DOI: [10.1080/19371918.2011.619449](https://doi.org/10.1080/19371918.2011.619449).
- **Attia, Iman (2009):** Die „westliche Kultur“ und ihr Anderes. Zur Dekonstruktion von Orientalismus und antimuslimischem Rassismus. Kultur und soziale Praxis. Bielefeld: transcript.
- **Attia, Iman (2014):** Rassismus (nicht) beim Namen nennen. In: APuZ (Aus Politik und Zeitgeschichte) 64 (13–14), S. 8–14.
- **Auma, Maureen M.; Kinder, Katja und Piesche, Peggy (2019):** Abschlussbericht. Berliner Konsultationsprozess „Sichtbarmachung der Diskriminierung und sozialen Resilienz von Menschen afrikanischer Herkunft“, im Rahmen der Internationalen UN-Dekade für Menschen afrikanischer Herkunft 2015–2024. Berlin: Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung.
- **Ausschuss für die Beseitigung rassistischer Diskriminierung (CERD) (2015):** Internationales Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von rassistischer Diskriminierung. Schlussbemerkungen zum 19. bis 22. periodischen Bericht der Bundesrepublik Deutschland. Nichtamtliche Übersetzung des englischen Originals. Berlin: Forum Menschenrechte. Online verfügbar unter: <https://rassismusbericht.de/wp-content/uploads/Schlussbemerkungen-CERD-2015.pdf>.
- **Avery, James M. (2006):** The sources and consequences of political mistrust among african americans. In: American Politics Research 34 (5), S. 653–682. DOI: [10.1177/1532673X06286366](https://doi.org/10.1177/1532673X06286366).
- **Baas, Meike (2021):** Bildungsbeteiligung nach Migrationshintergrund: Der Einfluss von Zuwanderungsgeneration, Zuzugsalter und Zuzugsmotiven. In: WISTA – Wirtschaft und Statistik 73 (2), S. 111–125. Online verfügbar unter: <https://www.econstor.eu/handle/10419/233571>.
- **Bader, Carolin; Gach, Janina und Offe, Johanna (2022):** Ver(un)sichert? Wie Ausgrenzung psychisch belastet. Krank und ohne medizinische Versorgung in Deutschland. Gesundheitsreport. München: Ärzte der Welt e. V. Online verfügbar unter: https://www.aerztederwelt.org/sites/default/files/Arzte%20der%20Welt_Gesundheitsreport_2022_DinA4_Web.pdf.
- **Back, Les und Solomos, John (Hg.) (2020):** Theories of Race and Racism. 2. Auflage. London: Routledge. DOI: [10.4324/9781003060802](https://doi.org/10.4324/9781003060802).
- **BAG und BACK (2023):** Empfehlungen zur Ausgestaltung von Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz. Arbeitspapier der Bundesarbeitsgruppe Gesundheit/Illegalität (BAG) und der Bundesarbeitsgemeinschaft Anonyme Behandlungsschein- und Clearingstellen für Menschen ohne Krankenversicherungsschutz (BACK). Online verfügbar unter: https://anonymer-behandlungsschein.de/wp-content/uploads/2023/02/2023_02_Empfehlungen.pdf, zuletzt geprüft am 24.08.2023.
- **Bailey, Zinzi D.; Krieger, Nancy; Agénor, Madina; Graves, Jasmine; Linos, Natalia und Bassett, Mary T. (2017):** Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions. In: The Lancet 389 (10077), S. 1453–1463. DOI: [10.1016/S0140-6736\(17\)30569-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30569-X).

- **Balibar, Étienne (1993):** Die Grenzen der Demokratie. Argument-Sonderband N.F., 211. Hamburg: Argument Verlag.
- **Balibar, Étienne und Wallerstein, Immanuel (1990):** Rasse, Klasse, Nation. Ambivalente Identitäten. Hamburg: Argument Verlag.
- **Bangel, Christian (2022):** #baseballschlägerjahre. Ein Hashtag und seine Geschichten. Aus Politik und Zeitgeschichte. Online verfügbar unter: <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/rechte-gewalt-in-den-1990er-jahren-2022/515769/baseballschlaegerjahre/>, zuletzt geprüft am 22.08.2023.
- **Banton, Michael (1977):** The idea of race. London: Tavistock.
- **Bär, Gesine; Kasberg, Azize; Geers, Silke und Clar, Christine (2020):** Fokusgruppen in der partizipativen Forschung. In: Hartung, Susanne; Wihofszky, Petra und Wright, Michael T. (Hg.): Partizipative Forschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 207–232. DOI: [10.1007/978-3-658-30361-7_7](https://doi.org/10.1007/978-3-658-30361-7_7).
- **Barskanmaz, Cengiz (2011):** Rasse – Unwort des Antidiskriminierungsrechts? In: Kritische Justiz (KJ) 44 (3), S. 382–389.
- **Barskanmaz, Cengiz (2019):** Recht und Rassismus. Das menschenrechtliche Verbot der Diskriminierung aufgrund der Rasse. Berlin: Springer. DOI: [10.1007/978-3-662-59746-0](https://doi.org/10.1007/978-3-662-59746-0).
- **Barskanmaz, Cengiz und Samour, Nahed (2020):** Das Diskriminierungsverbot aufgrund der Rasse in Deutschland. In: Verfassungsblog. Online verfügbar unter: <https://verfassungsblog.de/das-diskriminierungsverbot-aufgrund-der-rasse/>.
- **Bartel, Daniel und Kalpaka, Annita (2022):** Gut beraten! Auf dem Weg zu einer flächendeckenden Antidiskriminierungsberatung in Deutschland. Aktueller Stand und konzeptionelle Eckpunkte. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Online verfügbar unter: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/gut_beraten_flaechendeckende_antidiskrimberatung.pdf?__blob=publicationFile&v=9.
- **Barth, Fredrik (Hg.) (1969):** Ethnic Groups and Boundaries: The Social Organization of Culture Difference. London: Allen & Unwin.
- **Bartig, Susanne; Kalkum, Dorina; Le, Ha M. und Lewicki, Aleksandra (2021):** Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Online verfügbar unter: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/diskrimrisiken_diskrimschutz_gesundheitswesen.pdf?__blob=publicationFile&v=5.
- **Bartig, Susanne; Koschollek, Carmen; Bug, Marleen; Blume, Miriam; Kajikhina, Katja; Geerlings, Julia; Starker, Anne; Hapke, Ulfert; Rommel, Alexander und Hövener, Claudia (2023):** Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Ergebnisse der Studie GEDA Fokus. In: Journal of Health Monitoring 8 (1).
- **Bartsch, Samera und Aalders, Sophia (2023):** Diskriminierungsschutz zwischen Kontinuität und Wandel: Reformdebatten zum Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz 2006–2022. DeZIM Working Papers 1. Berlin: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM).
- **Bastos, João L.; Celeste, Roger K.; Faerstein, Eduardo und Barros, Aluisio J. D. (2010):** Racial discrimination and health: A systematic review of scales with a focus on their psychometric properties. In: Social Science & Medicine 70 (7), S. 1091–1099. DOI: [10.1016/j.socscimed.2009.12.020](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.12.020).

- **Bastos, João L.; Harnois, Catherine E. und Paradies, Yin C. (2018):** Health care barriers, racism, and intersectionality in Australia. In: *Social Science & Medicine* 199, S. 209–218. DOI: [10.1016/j.socscimed.2017.05.010](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.010).
- **Battaglia, Santina (2000):** Verhandeln über Identität. Kommunikativer Alltag von Menschen binationaler Abstammung. In: Friebe-Blum, Ellen; Jacobs, Klaudia und Wießmeier, Brigitte (Hg.): *Wer ist fremd? Ethnische Herkunft, Familie und Gesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich, S. 183–202.
- **Battaglia, Santina (2007):** Die Repräsentation des Anderen im Alltagsgespräch. Akte der natio-ethno-kulturellen Belangung in Kontexten prekärer Zugehörigkeiten. In: *Repräsentationen. Dynamiken der Migrationsgesellschaft*. Düsseldorf: Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung (IDA) e. V., S. 181–201.
- **Bauche, Manuela (2017):** Medizin und Herrschaft. Malariabekämpfung in Kamerun, Ostafrika und Ostfriesland (1890–1919) [Dissertation, Universität Leipzig]. K10plus. Online verfügbar unter: <https://content-select.com/index.php?id=bib&ean=9783593436111>.
- **Bauer, Amy M. und Alegría, Margarita (2010):** Impact of patient language proficiency and interpreter service use on the quality of psychiatric care: A systematic review. In: *Psychiatric Services* 61 (8), S. 765–773. DOI: [10.1176/ps.2010.61.8.765](https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.8.765).
- **Baumann, Anne-Luise; Egenberger, Vera und Supik, Linda (2019):** Erhebung von Antidiskriminierungsdaten in repräsentativen Wiederholungsbefragungen. Bestandsaufnahme und Entwicklungsmöglichkeiten. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Online verfügbar unter: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/erhebung_von_antidiskr_daten_in_repr_wiederholungsbefragungen.pdf?__blob=publicationFile&v=2.
- **Baumgartner, Frank R.; Epp, Derek A. und Shoub, Kelsey (2018):** *Suspect citizens. What 20 million traffic stops tell US about policing and race*. New York: Cambridge University Press.
- **Beagan, Brenda L.; Bizzeth, Stephanie R. und Etowa, Josephine (2022):** Interpersonal, institutional, and structural racism in Canadian nursing: A culture of silence. In: *The Canadian Journal of Nursing Research* 55 (2), S. 195–205. DOI: [10.1177/08445621221110140](https://doi.org/10.1177/08445621221110140).
- **Beauvoir, Simone de (1951):** *Das andere Geschlecht. Sitte und Sexus der Frau*. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- **Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration sowie für Antirassismus (2023):** *Rassismus in Deutschland. Ausgangslage, Handlungsfelder, Maßnahmen. Lagebericht*. Online verfügbar unter: <https://www.integrationsbeauftragte.de/resource/blob/1864320/2157012/13c0ae89a5ed99afbda683db1a734e52/lagebericht-rassismus-komplett-data.pdf?download=1>.
- **Becker, Gary S. (1995):** *The economics of discrimination. Economics research studies of the Economics Research Center of the University of Chicago*. 2. Auflage. Chicago, Ill.: Univ. of Chicago Press. Online verfügbar unter: <http://www.myilibrary.com?id=273836>.
- **Beer, Bettina (2012):** *Kultur & Ethnizität*. In: Beer, Bettina und Fischer, Hans (Hg.): *Ethnologie. Einführung und Überblick. Ethnologische Paperbacks*. Berlin: Dietrich Reimer Verlag, S. 71–88.
- **Behrends, Jan C.; Lindenberger, Thomas und Poutrus, Patrice G. (2003):** *Fremde und Fremd-Sein in der DDR. Zur Einführung*. Berlin: Leibniz-Zentrum für Zeithistorische Forschung Potsdam (ZZF) – Leibniz Centre for Contemporary History Potsdam (ZZF). DOI: [10.14765/zzf.dok.1.892](https://doi.org/10.14765/zzf.dok.1.892).

- **Beigang, Steffen; Fetz, Karolina; Kalkum, Dorina und Otto, Magdalena (2017):** Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Baden-Baden: Nomos.
- **Bellu, Andrea; Bellu, Matei und Tsianos, Vassilis (2023):** Zwischen Rassismus und *race*: (Post-)Strukturalistische Ansätze in der Rassismusforschung. In: Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (Hg.): Rassismusforschung I. Theoretische und interdisziplinäre Perspektiven. Gesellschaft der Unterschiede 73. Bielefeld: transcript, S. 57–100.
- **Ben, Jehonathan; Cormack, Donna; Harris, Ricci und Paradies, Yin (2017):** Racism and health service utilisation: A systematic review and meta-analysis. In: PLoS One 12 (12), e0189900. DOI: [10.1371/journal.pone.0189900](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189900).
- **Benokraitis, Nijole und Feagin, Joe (1977):** Institutional racism: A perspective in search of clarity and research. In: Willie, Charles V. (Hg.): Black, brown, white relations. Race relations in the 1970s. New Brunswick, N.J.: transaction Books.
- **Berek, Mathias (2021):** „Verunreinigtes Blut“. Die Kritik am Impfen ist so alt wie das Impfen selbst – und verband sich schon im 19. Jahrhundert mit antisemitischen Vorurteilen. In: DIE ZEIT, 04.02.2021. Online verfügbar unter: <https://www.zeit.de/2021/06/impfgegner-antisemitismus-corona-impfung-geschichte>, zuletzt geprüft am 15.09.2023.
- **Berg, Neeltje van den; Fleßa, Steffen und Hoffmann, Wolfgang (2022):** Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. In: Bundeszentrale für politische Bildung, 28.01.2022. Online verfügbar unter: <https://www.bpb.de/themen/stadt-land/laendliche-raeume/334219/gesundheitsversorgung-im-laendlichen-raum/#node-content-title-1>, zuletzt geprüft am 06.07.2023.
- **Bergeot, Julien und Jusot, Florence (2022):** The consequences of unmet health care needs during the first wave of the Covid-19 pandemic on health. SHARE Working Paper Series 77. München: SHARE ERIC. Online verfügbar unter: https://pure.mpg.de/rest/items/item_3371786/component/file_3371787/content, zuletzt geprüft am 11.09.2023.
- **Berger, Maximus und Sarnyai, Zoltán (2015):** „More than skin deep“: Stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination. In: Stress 18 (1), S. 1–10. DOI: [10.3109/10253890.2014.989204](https://doi.org/10.3109/10253890.2014.989204).
- **Bermejo, Isaac; Hölzel, Lars P.; Kriston, Levente und Härter, Martin (2012):** Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 55 (8), S. 944–953.
- **Biddle, Louise; Hintermeier, Maren; Mohsenpour, Amir; Sand, Matthias und Bozorgmehr, Kayvan (2021):** Monitoring der Gesundheit und Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften: Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen Surveys RESPOND. In: Journal of Health Monitoring (6), Artikel 1.
- **Bigo, Didier (Hg.) (2013):** Foreigners, refugees, or minorities? Rethinking people in the context of border controls and visas. Farnham: Ashgate.
- **Bilgic, Leman; Sarma, Navina; Loer, Anne-Kathrin M.; Koschollek, Carmen; Bozorgmehr, Kayvan; Razum, Oliver; Hövener, Claudia und Kajikhina, Katja (2022):** Diskriminierungssensible Sprache in der Forschung zu Migration und Gesundheit – eine Handreichung. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 65 (12), S. 1316–1323. DOI: [10.1007/s00103-022-03620-0](https://doi.org/10.1007/s00103-022-03620-0).

- **BMG (2023):** Gesundheitsversorgung. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/gesundheitsversorgung.html>, zuletzt geprüft am 08.09.2023.
- **Bojadžijev, Manuela (2012):** Die windige Internationale. Rassismus und Kämpfe der Migration. 2. Auflage. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot.
- **Bonilla-Silva, Eduardo (1997):** Rethinking Racism: Toward a Structural Interpretation. In: American Sociological Review 62 (3), S. 465. DOI: [10.2307/2657316](https://doi.org/10.2307/2657316).
- **Bonilla-Silva, Eduardo (2009):** Are the Americas ‚sick with racism‘ or is it a problem at the poles? A reply to Christina A. Sue. In: Ethnic and Racial Studies 32 (6), S. 1071–1082. DOI: [10.1080/01419870902883536](https://doi.org/10.1080/01419870902883536).
- **Bonilla-Silva, Eduardo (2022):** Racism without racists. Color-blind racism and the persistence of racial inequality in America. 6. Auflage. Lanham, Boulder, New York, London: Rowman & Littlefield.
- **Bönte, Markus; Knesebeck, Olaf von dem; Siegrist, Johannes; Marceau, Lisa; Link, Carol; Arber, Sara; Adams, Ann und McKinlay, John B. (2008):** Women and men with coronary heart disease in three countries: Are they treated differently? In: Women’s health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women’s Health 18 (3), S. 191–198. DOI: [10.1016/j.whi.2008.01.003](https://doi.org/10.1016/j.whi.2008.01.003).
- **Boockmann, Bernhard; Kalweit, René; Kleinemeier, Rita; Knirsch, Frederik; Maier, Anastasia; Puhe, Henry und Scheu, Tobias (2022):** Vorstudie zur Abwanderung von ausländischen Fachkräften. Abschlussbericht, im Auftrag der Bundesagentur für Arbeit. Tübingen, Bielefeld: Institut für Angewandte Wirtschaftsforschung e. V. / SOKO Institut. Online verfügbar unter: https://www.iaw.edu/files/dokumente/ab_04_2021/Vorstudie_Fachkraefteabwanderung_2022.pdf, zuletzt geprüft am 27.07.2023.
- **Böttger, Andreas; Lobermeier, Olaf und Plachta, Katarzyna (2014):** Opfer rechtsextremer Gewalt. Analysen zu gesellschaftlicher Integration und Desintegration. Wiesbaden: Springer VS. DOI: [10.1007/978-3-531-93394-8](https://doi.org/10.1007/978-3-531-93394-8).
- **Bourdieu, Pierre (1988):** Homo academicus. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- **Bourdieu, Pierre (1989 [1982]):** Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft 658. 3. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- **Bourke, Joanna (2014):** Pain sensitivity: An unnatural history from 1800 to 1965. In: The Journal of medical humanities 35 (3), S. 301–319. DOI: [10.1007/s10912-014-9283-7](https://doi.org/10.1007/s10912-014-9283-7).
- **Bozorgmehr, Kayvan und Razum, Oliver (2015):** Effect of restricting access to health care on health expenditures among asylum-seekers and refugees: A quasi-experimental study in Germany, 1994–2013. In: PloS One 10 (7). DOI: [10.1371/journal.pone.0131483](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483).
- **Bracke, Sarah und Hernández Aguilar, Luis M. (2020):** „They love death as we love life“: The „muslim question“ and the biopolitics of replacement. In: The British Journal of Sociology 71 (4), S. 680–701. DOI: [10.1111/1468-4446.12742](https://doi.org/10.1111/1468-4446.12742).
- **Bradby, Hannah; Thapar-Björkert, Suruchi; Hamed, Sarah und Ahlberg, Beth M. (2019):** Undoing the unspeakable: Researching racism in swedish healthcare using a participatory process to build dialogue. In: Health research policy and systems 17 (1), S. 43. DOI: [10.1186/s12961-019-0443-0](https://doi.org/10.1186/s12961-019-0443-0).

- **Braun, Gracia und Zeeb, Hajo (2021):** Gesundheitliche Dimensionen von Rassismus und Diskriminierung. In: Spallek, Jacob und Zeeb, Hajo (Hg.): Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien. Bern: hogrefe, S. 389–396.
- **Brause, Michaela; Reutin, Barbara; Schott, Thomas und Yilmaz-Aslan, Yüce (2010):** Migration und gesundheitliche Ungleichheit in der Rehabilitation. Versorgungsbedarf und subjektive Bedürfnisse türkischer und türkischstämmiger Migrant(inn)en im System der medizinischen Rehabilitation. Abschlussbericht, Bielefeld, Germany.
- **Braveman, Paula A.; Arkin, Elaine; Proctor, Dwayne; Kauh, Tina und Holm, Nicole (2022):** Systemic and structural racism: Definitions, examples, health damages, and approaches to dismantling. In: Health Affairs 41 (2), S. 171–178. DOI: [10.1377/hlthaff.2021.01394](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.01394).
- **Broder, Henryk M. und Sarrazin, Thilo (2010):** „Es war ein langer und lauter Furz“. Interview. In: taz, 07.12.2010. Online verfügbar unter: <https://taz.de/Henryk-M-Broder-interviewt-Thilo-Sarrazin/!5130905/>.
- **Brondolo, Elizabeth; Love, Erica E.; Pencille, Melissa; Schoenthaler, Antoinette und Ogedegbe, Gbenga (2011):** Racism and hypertension: A review of the empirical evidence and implications for clinical practice. In: American journal of hypertension 24 (5), S. 518–529. DOI: [10.1038/ajh.2011.9](https://doi.org/10.1038/ajh.2011.9).
- **Brondolo, Elizabeth; Brady Ver Halen, Nisha; Pencille, Melissa; Beatty, Danielle und Contrada, Richard J. (2009):** Coping with racism: A selective review of the literature and a theoretical and methodological critique. In: Journal of behavioral medicine 32 (1), S. 64–88. DOI: [10.1007/s10865-008-9193-0](https://doi.org/10.1007/s10865-008-9193-0).
- **Brubaker, Rogers (1994):** Staats-Bürger. Deutschland und Frankreich im historischen Vergleich. Schriftenreihe des Hamburger Instituts für Sozialforschung. Hamburg: Junius.
- **Brubaker, Rogers (2002):** Ethnicity without groups. In: European Journal of Sociology 43 (2), S. 163–189. DOI: [10.1017/S0003975602001066](https://doi.org/10.1017/S0003975602001066).
- **Bruce-Jones, Eddie (2017):** Race in the shadow of law: State violence in contemporary europe. State violence in contemporary europe. New York: Routledge. Online verfügbar unter: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781315625867>. DOI: [10.4324/9781315625867](https://doi.org/10.4324/9781315625867).
- **Brunnett, Regina (2016):** Rassismus und Gesundheit. In: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften (51), S. 54–69.
- **Brunson, Rod K. (2007):** „Police don’t like black people“: African-American young men’s accumulated police experiences. In: Criminology & Public Policy 6 (1), S. 71–101. DOI: [10.1111/j.1745-9133.2007.00423.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-9133.2007.00423.x).
- **Brzoska, Patrick; Voigtländer, Sven; Reutin, Barbara; Yilmaz-Aslan, Yüce; Barz, Irina und Starikow, Klara et al. (2010):** Rehabilitative Versorgung und gesundheitsbedingte Frühberentung von Personen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Abschlussbericht. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- **Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2017):** Das Internationale Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung (ICERD) vom 21. Dezember 1965. Online verfügbar unter: https://www.bmj.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Fachpublikationen/2017_ICERD.pdf?__blob=publicationFile&v=4, zuletzt geprüft am 25.08.2023.
- **Bundesministerium des Innern und für Heimat (2023):** Nationale Minderheiten in Deutschland. Online verfügbar unter: <https://www.bmi.bund.de/DE/themen/heimat-in->

[tegration/gesellschaftlicher-zusammenhalt/minderheiten/minderheiten-in-deutschland/minderheiten-in-deutschland-node.html](#), zuletzt geprüft am 03.07.2023.

- **Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2023):** Brasilien und Deutschland stärken Partnerschaft zur Fachkräftegewinnung [Pressemitteilung], 05.06.2023. Online verfügbar unter: <https://www.bmas.de/DE/Service/Presse/Pressemitteilungen/2023/brasilien-und-deutschland-staerken-partnerschaft-fachkraeftegewinnung.html>.
- **Bundesministerium für Bildung und Forschung (2011):** ISCED 2011. Internationale Standardklassifikation des Bildungswesens. Online verfügbar unter: <https://www.datenportal.bmbf.de/portal/de/G293.html>, zuletzt geprüft am 11.09.2023.
- **Bundesministerium für Bildung und Forschung (2021a):** Bekanntmachung: Richtlinie zur Förderung von Projekten zum Thema Aktuelle und historische Dynamiken von Rechtsextremismus und Rassismus. In: Bundesanzeiger, 24.06.2021. Online verfügbar unter: https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/bekanntmachungen/de/2021/06/3675_bekanntmachung.html, zuletzt geprüft am 25.08.2023.
- **Bundesministerium für Bildung und Forschung (2021b):** Bekanntmachung: Richtlinie zur Förderung von Nachwuchsgruppen im Rahmen der Rechtsextremismus- und Rassismusforschung. In: Bundesanzeiger, 16.08.2021. Online verfügbar unter: <https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/bekanntmachungen/de/2021/08/2021-08-16-Bekanntmachung-Rechtsextremismus.html>;; zuletzt geprüft am 25.08.2023.
- **Bundesministerium für Gesundheit (2023a):** Geschlechtsspezifische Besonderheiten in der Gesundheitsversorgung, Prävention und Gesundheitsförderung. Förderschwerpunkt. Berlin. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/ressortforschung/handlungsfelder/forschungsschwerpunkte/geschlecht-und-gesundheit.html>.
- **Bundesministerium für Gesundheit (2023b):** Daten für die Forschung und Versorgung. Online verfügbar unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/digitalisierung/daten-fuer-die-forschung-und-versorgung.html>, zuletzt geprüft am 13.09.2023.
- **Der Bundespräsident (2021):** Grußwort zu den Internationalen Wochen gegen Rassismus. Online verfügbar unter: <https://www.bundespraesident.de/SharedDocs/Berichte/DE/Frank-Walter-Steinmeier/2021/03/210315-GW-Wochen-gegen-Rassismus.html>, zuletzt geprüft am 03.07.2023.
- **Bundespsychotherapeutenkammer (2018):** Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. Online verfügbar unter: https://api.bptk.de/uploads/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018_c0ab16b390.pdf.
- **Bundespsychotherapeutenkammer (2021):** BPTK-Auswertung: Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut*innen. Online verfügbar unter: <https://bptk.de/pressemitteilungen/bptk-auswertung-monatelange-wartezeiten-bei-psychotherapeutinnen/>, zuletzt geprüft am 06.07.2023.
- **Bundespsychotherapeutenkammer (2023):** Versorgung psychisch kranker Menschen kann nicht warten. Online verfügbar unter: <https://bptk.de/pressemitteilungen/b-pt-k-versorgung-psychisch-kranker-menschen-kann-nicht-warten-1/>, zuletzt geprüft am 24.08.2023.
- **Bundesregierung (2008):** Nationaler Aktionsplan der Bundesrepublik Deutschland zur Bekämpfung von Rassismus, Fremdenfeindlichkeit, Antisemitismus und darauf bezogene Intoleranz. Berlin: Bunderegierung.

- **Bundesregierung (2017):** Nationaler Aktionsplan gegen Rassismus. Positionen und Maßnahmen zum Umgang mit Ideologien der Ungleichwertigkeit und den darauf bezogenen Diskriminierungen. Berlin: Bundesregierung. Online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/116798/5fc38044a1dd8edec34de568ad59e2b9/nationaler-aktionsplan-rassismus-data.pdf>.
- **Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (2022):** Rassismuskritik gehört ins Kerncurriculum – bvmd veröffentlicht rassismuskritische Analyse des NKLM 2.0. Online verfügbar unter: <https://www.bvmd.de/wp-content/uploads/2022/12/PM-NKLM-Kritik.pdf>.
- **Bündnis AGG Reform – Jetzt! (2023):** Mehr Fortschritt wagen heißt auch mehr Antidiskriminierung wagen! Zentrale Aspekte zur Stärkung des rechtlichen Diskriminierungsschutzes. Die 11 wichtigsten Änderungsforderungen. Berlin.
- **Burgess, Diana J.; Ding, Yingmei; Hargreaves, Margaret; van Ryn, Michelle und Phelan, Sean (2008):** The association between perceived discrimination and underutilization of needed medical and mental health care in a multi-ethnic community sample. In: Journal of health care for the poor and underserved 19 (3), S. 894–911. DOI: [10.1353/hpu.0.0063](https://doi.org/10.1353/hpu.0.0063).
- **Cameron, A. C. und Miller, Douglas L. (2015):** A Practitioner’s Guide to Cluster-Robust Inference. In: Journal of Human Resources 50 (2), S. 317–372. DOI: [10.3368/jhr.50.2.317](https://doi.org/10.3368/jhr.50.2.317).
- **Castañeda, Heide (2012):** „Over-foreignization“ or „unused potential“? A critical review of migrant health in Germany and responses toward unauthorized migration. In: Social Science & Medicine 74 (6), S. 830–838. DOI: [10.1016/j.socscimed.2011.05.024](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.024).
- **Chapman, Elizabeth N.; Kaatz, Anna und Carnes, Molly (2013):** Physicians and implicit bias: How doctors May unwittingly perpetuate health care disparities. In: Journal of General Internal Medicine 28 (11), S. 1504–1510. DOI: [10.1007/s11606-013-2441-1](https://doi.org/10.1007/s11606-013-2441-1).
- **Chilisa, Bagele; Major, Thenjiwe E. und Khudu-Petersen, Kelne (2017):** Community engagement with a postcolonial, African-based relational paradigm. In: Qualitative Research 17 (3), S. 326–339. DOI: [10.1177/1468794117696176](https://doi.org/10.1177/1468794117696176).
- **CLAIM (2023):** Zivilgesellschaftliches Lagebild antimuslimischer Rassismus. Antimuslimische Vorfälle in Deutschland 2022. Berlin: CLAIM in Kooperation mit ZEOK e. V. Online verfügbar unter: https://www.claim-allianz.de/content/uploads/2023/06/20230622_zivilgesellschaftliches_lagebild_antimuslimischer_rassismus_2022_claim_web-1.pdf?x65074.
- **Collins, Patricia H. (1986):** Learning from the Outsider Within: The Sociological Significance of Black Feminist Thought. In: Social Problems 33 (6), 14-S32. DOI: [10.2307/800672](https://doi.org/10.2307/800672).
- **Collins, Patricia H. (1990):** Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment. New York and London: HarperCollins Academic Press.
- **Collins, Patricia H. (2000):** Black feminist thought. Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment. Perspectives on gender. London, New York: Routledge Taylor & Francis Group. Online verfügbar unter: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780203900055>. DOI: [10.4324/9780203900055](https://doi.org/10.4324/9780203900055).
- **Collins, Patricia H. und Bilge, Sirma (Hg.) (2020):** Intersectionality. Key concepts series. 2. Auflage. Cambridge, UK, Medford, MA: Polity.
- **Combahee River Collective (1987):** The Combahee River Collective Statement. In: Zillah Eisenstein (Hg.): Capitalist Patriarchy and the Case for Socialist Feminism. New York: Monthly Review Press, S. 210–218.

- **Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2018):** List of issues in relation to the sixth periodic report of Germany. E/C.12/DEU/Q/6. Vereinte Nationen. Online verfügbar unter: <https://digitallibrary.un.org/record/1639778#record-files-collapse-header>.
- **Committee on the Elimination of Racial Discrimination (CERD) (1965):** International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (ICERD). New York: UN General Assembly.
- **Cortis, J. D. (2000):** Perceptions and experiences with nursing care: A study of pakistani (Urdu) Communities in the United Kingdom. In: Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society 11 (2), S. 111–118. DOI: [10.1177/104365960001100205](https://doi.org/10.1177/104365960001100205).
- **Craen, Maarten (2013):** Explaining majority and minority trust in the police. In: Justice Quarterly 30 (6), S. 1042–1067. DOI: [10.1080/07418825.2011.649295](https://doi.org/10.1080/07418825.2011.649295).
- **Crenshaw, Kimberlé (1988):** Race, Reform, and Retrenchment: Transformation and Legitimation in Antidiscrimination Law. In: Harvard Law Review 101 (7), S. 1331. DOI: [10.2307/1341398](https://doi.org/10.2307/1341398).
- **Crenshaw, Kimberlé (1989):** Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. In: The University of Chicago Legal Form (1), Artikel 8, S. 139–167.
- **Cuevas, Adolfo G.; Mann, Frank D.; Williams, David R. und Krueger, Robert F. (2021):** Discrimination and anxiety: Using multiple polygenic scores to control for genetic liability. In: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 118 (1). DOI: [10.1073/pnas.2017224118](https://doi.org/10.1073/pnas.2017224118).
- **Cuffee, Yendelela L.; Hargraves, J. L. und Allison, Jeroan (2012):** Exploring the association between reported discrimination and hypertension among African Americans: a systematic review. In: Ethnicity & Disease 22 (4), S. 422–431.
- **Czymara, Christian S. und Mitchell, Jeffrey (2023):** All cops are trusted? How context and time shape immigrants' trust in the police in europe. In: Ethnic and Racial Studies 46 (1), S. 72–96. DOI: [10.1080/01419870.2022.2060711](https://doi.org/10.1080/01419870.2022.2060711).
- **Decker, Oliver und Brähler, Elmar (Hg.) (2020):** Autoritäre Dynamiken. Alte Ressentiments - neue Radikalität / Leipziger Autoritarismus Studie 2020. Gießen: Psychosozial-Verlag. Online verfügbar unter: <https://www.nomos-elibrary.de/10.30820/9783837977714>. DOI: [10.30820/9783837977714](https://doi.org/10.30820/9783837977714).
- **Dengler, Pascal und Foroutan, Naika (2017):** Die Aufarbeitung des NSU als deutscher Stephen-Lawrence-Moment? – Thematisierung von institutionellem Rassismus in Deutschland und Großbritannien. In: Fereidooni, Karim und El, Meral (Hg.): Rassismuskritik und Widerstandsformen. Wiesbaden: Springer VS, S. 429–446. DOI: [10.1007/978-3-658-14721-1_25](https://doi.org/10.1007/978-3-658-14721-1_25).
- **Deutsche Hochschule der Polizei (2023):** Projekt MEGAVO (Motivation, Einstellung und Gewalt im Alltag von Polizeivollzugsbeamten). Zwischenbericht 2023. Münster. Online verfügbar unter: <https://www.polizeistudie.de/wp-content/uploads/projekt-megavo-zwischenbericht-2023-04-04.pdf>, zuletzt geprüft am 09.10.2023.
- **Deutscher Bundestag (2022):** Zum Mangel an der fachärztlichen Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin. Dokumentation des Wissenschaftlichen Dienstes WD 9 - 3000 - 079/22, 18.11.2022. Online verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/927138/cd9d4ee27b973afb9ea3b56426fb4288/WD-9-079-22-pdf-data.pdf>.

- **Deutsches Ärzteblatt (2022a):** Ärztemangel im ländlichen Raum bedroht medizinische Versorgung. Online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/137762/Aerztmangel-im-laendlichen-Raum-bedroht-medizinische-Versorgung>, zuletzt geprüft am 06.07.2023.
- **Deutsches Ärzteblatt (2022b):** Personalmangel größtes Problem im Gesundheitswesen. Online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/138045/Personalmangel-groesstes-Problem-im-Gesundheitswesen>, zuletzt geprüft am 06.07.2023.
- **Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) (2022):** Rassistische Realitäten. Wie setzt sich Deutschland mit Rassismus auseinander? Auftaktstudie zum Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa). Berlin: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM).
- **Diehm, Isabell; Kuhn, Melanie und Machold, Claudia (2010):** Die Schwierigkeit, ethnische Differenz durch Forschung nicht zu reifizieren – Ethnographie im Kindergarten. In: Heinzel, Friederike und Panagiotopoulou, Argyro (Hg.): Qualitative Bildungsforschung im Elementar- und Primarbereich. Bedingungen und Kontexte kindlicher Lern- und Entwicklungsprozesse. Entwicklungslinien der Grundschulpädagogik 8. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 78–92. Online verfügbar unter: <https://pub.uni-bielefeld.de/record/1904650>.
- **Doescher, Mark P.; Saver, Barry G.; Franks, Peter und Fiscella, Kevin (2000):** Racial and ethnic disparities in perceptions of physician style and trust. In: Archives of Family Medicine 9 (10), S. 1156–1163. Online verfügbar unter: <https://repository.escholarship.umassmed.edu/handle/20.500.14038/37165>.
- **Dolezsar, Cynthia M.; McGrath, Jennifer J.; Herzig, Alyssa J. M. und Miller, Sydney B. (2014):** Perceived racial discrimination and hypertension: A comprehensive systematic review. In: Health Psychology 33 (1), S. 20–34. DOI: [10.1037/a0033718](https://doi.org/10.1037/a0033718).
- **Dollmann, Jörg; Jacob, Konstanze und Kalter, Frank (2014):** Examining the Diversity of Youth in Europe. A Classification of Generations and Ethnic Origins Using CILS4EU Data (Technical Report). Arbeitspapiere – Working Papers. Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung.
- **Dotson, Kristie (2011):** Tracking Epistemic Violence, Tracking Practices of Silencing. In: Hypatia 26 (2), S. 236–257. DOI: [10.1111/j.1527-2001.2011.01177.x](https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.2011.01177.x).
- **Douds, Kiara und Wu, Jie (2018):** Trust in the bayou city: Do racial segregation and discrimination matter for generalized trust? In: Sociology of Race and Ethnicity 4 (4), S. 567–584. DOI: [10.1177/2332649217717741](https://doi.org/10.1177/2332649217717741).
- **Doughan, Sultan und Tzuberi, Hannah (2018):** Säkularismus als Praxis und Herrschaft: Zur Kategorisierung von Juden und Muslimen im Kontext säkularer Wissensproduktion. In: Amir-Moazami, Schirin (Hg.): Der inspizierte Muslim. Zur Politisierung der Islamforschung in Europa. Globaler lokaler Islam. Bielefeld: transcript, S. 269–308.
- **Drahota, Amy; Meza, Rosemary D.; Brikho, Brigitte; Naaf, Meghan; Estabillo, Jasper A.; Gomez, Emily D.; Vejnaska, Sarah F.; Dufek, Sarah; Stahmer, Aubyn C. und Aarons, Gregory A. (2016):** Community-academic partnerships: A systematic review of the state of the literature and recommendations for future research. In: The Milbank Quarterly 94 (1), S. 163–214. DOI: [10.1111/1468-0009.12184](https://doi.org/10.1111/1468-0009.12184).
- **Duden, Barbara (1987):** Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730. Stuttgart: Klett-Kotta.

- **Eckart, Wolfgang U. (1997):** Medizin und Kolonialimperialismus: Deutschland 1884–1945. Paderborn: Schöningh.
- **Eggers, Maureen M.; Kilomba, Grada; Piesche, Peggy und Arndt, Susan (Hg.) (2020):** Mythen, Masken und Subjekte. Kritische Weißseinsforschung in Deutschland. 3. Auflage. Münster: Unrast.
- **Egid, Beatrice; Ozano, Kim; Hegel, Guillermo; Zimmerman, Emily; López, Yaimie; Roura, Maria; Sheikhattari, Payam; Jones, Laundette; Dias, Sónia und Wallerstein, Nina (2021):** Can everyone hear me? Reflections on the use of global online workshops for promoting inclusive knowledge generation. In: Qualitative Research 23 (2), S. 195–216. DOI: [10.1177/14687941211019585](https://doi.org/10.1177/14687941211019585).
- **Eisenhart Rothe, Yannick von (2019):** Diagnose „Morbus Mediterraneus“. Das rassistische Klischee von wehleidigen Migrantinnen. In: Der Spiegel, 18.09.2019. Online verfügbar unter: <https://www.spiegel.de/politik/morbus-mediterraneus-das-rassistische-klischee-von-wehleidigen-migranten-a-7eced19d-851a-406e-aeb8-bea60ae28873>, zuletzt geprüft am 25.05.2023.
- **Elias, Amanuel und Paradies, Yin (2021):** The costs of institutional racism and its ethical implications for healthcare. In: Journal of Bioethical Inquiry 18 (1), S. 45–58. DOI: [10.1007/s11673-020-10073-0](https://doi.org/10.1007/s11673-020-10073-0).
- **El-Tayeb, Fatima (2016):** Undeutsch. Die Konstruktion des Anderen in der postmigranti-schen Gesellschaft. XTexte. Bielefeld: transcript. Online verfügbar unter: http://ebooks.ciando.com/book/index.cfm/bok_id/2205597.
- **Enquetekommission des Thüringer Landtags (2019):** Ursachen und Formen von Rassismus und Diskriminierungen in Thüringen sowie ihre Auswirkungen auf das gesellschaftliche Zusammenleben und die freiheitliche Demokratie. Online verfügbar unter: https://www.thueringer-landtag.de/fileadmin/Redaktion/1-Hauptmenue/6-Service_und_Kontakt/3-Presse/1-Pressemitteilungen/Dokumente/bericht_der_enquetekommission_6_1_ursachen_und_formen_von_rassismus_und_diskriminierungen_in_thueringen_sowie_ihre_auswirkungen_auf_das_gesellschaftli.pdf, zuletzt geprüft am 13.09.2023.
- **Epel, Elissa S. (2009):** Telomeres in a Life-Span Perspective. In: Current Directions in Psychological Science 18 (1), S. 6–10. DOI: [10.1111/j.1467-8721.2009.01596.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01596.x).
- **Essed, Philomena (1992):** Multikulturalismus und kultureller Rassismus in den Niederlanden. In: Kalpaka, Annita und Rätzkel, Nora (Hg.): Rassismus und Migration in Europa. Beiträge des Kongresses „Migration und Rassismus in Europa“, Hamburg, 26. bis 30. September 1990. Argument-Sonderband 201, Bd. 26. Hamburg: Argument Verlag.
- **Ette, Andreas; Schneider, Norbert F.; Straub, Sophie und Weinmann, Martin (2020):** Kulturelle Diversität und Chancengleichheit in der Bundesverwaltung. Ergebnisse der ersten gemeinsamen Beschäftigtenbefragung der Behörden und Einrichtungen im öffentlichen Dienst des Bundes. Berlin.
- **Europäische Kommission gegen Rassismus und Intoleranz (1998):** Allgemeine Politik-Empfehlung Nr. 4. Nationale Erhebungen über die Erfahrung und Wahrnehmung von Diskriminierung und Rassismus aus Sicht der potenziellen Opfer. Strasbourg: Council of Europe.
- **European Commission (2020):** Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Com-

mittee of the Regions. Union of equality: EU anti-racism action plan 2020–2025. Brüssel: European Commission.

- **Fachkommission Integrationsfähigkeit (2020):** Gemeinsam die Einwanderungsgesellschaft gestalten. Bericht der Fachkommission der Bundesregierung zu den Rahmenbedingungen der Integrationsfähigkeit. Berlin: Bundeskanzleramt.
- **Fanon, Frantz (2002):** Black skin, white masks. New York: Grove Press.
- **Faus, Rainer und Storcks, Simon (2019):** Gesundes Misstrauen oder Vertrauenskrise? In: Unzicker, Kai (Hg.): Schwindendes Vertrauen in Politik und Parteien. Eine Gefahr für den gesellschaftlichen Zusammenhalt? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- **Feagin, Joe R. und Eckberg, Douglas L. (1980):** Discrimination: Motivation, action, effects, and context. In: Annual Review of Sociology (6), S. 1–20.
- **Feischmidt, Margit (2016):** Ethnizität. Online-Lexikon zur Kultur und Geschichte der Deutschen im östlichen Europa. Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Online verfügbar unter: <http://ome-lexikon.uni-oldenburg.de/p44171>, zuletzt geprüft am 05.06.2023.
- **Filc, Dani; Davidovich, Nadav; Novack, Lena und Balicer, Ran D. (2014):** Is socioeconomic status associated with utilization of health care services in a single-payer universal health care system? In: International Journal for Equity in Health 13, S. 115. DOI: [10.1186/s12939-014-0115-1](https://doi.org/10.1186/s12939-014-0115-1).
- **Findyartini, Ardi; Greviana, Nadia; Felaza, Estivana; Faruqi, Muhammad; Zahratul Afifah, Taris und Auliya Firdausy, Mutiara (2022):** Professional identity formation of medical students: A mixed-methods study in a hierarchical and collectivist culture. In: BMC medical education 22 (1), S. 443. DOI: [10.1186/s12909-022-03393-9](https://doi.org/10.1186/s12909-022-03393-9).
- **Finke, Ronja; Gerhards, Simon und Honerkamp, Lena (2022):** Rassismuskritik in der medizinischen Ausbildung. Kommentierung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalogs (NKLM) und Empfehlungen für den Revisionsprozess. Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. Online verfügbar unter: <https://www.bvmd.de/wp-content/uploads/2022/12/PM-NKLM-Kritik.pdf>.
- **Finkeldey, Jessica G.; Dennison, Christopher R. und Cui, Shiyue (2023):** The intersecting associations between race and ethnicity, skin color, and perceived unfair treatment by police. In: Journal of Ethnicity in Criminal Justice 21 (1), S. 1–26. DOI: [10.1080/15377938.2022.2152145](https://doi.org/10.1080/15377938.2022.2152145).
- **Fleck, Ludwik (1983 [1927]):** Über einige besondere Merkmale des ärztlichen Denkens. In: Schäfer, Lothar und Schnelle, Thomas (Hg.): Ludwik Fleck. Erfahrung und Tatsache. Gesammelte Aufsätze. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag, S. 37–45.
- **Flexon, Jamie L.; Lurigio, Arthur J. und Greenleaf, Richard G. (2009):** Exploring the dimensions of trust in the police among Chicago juveniles. In: Journal of Criminal Justice 37 (2), S. 180–189. DOI: [10.1016/j.jcrimjus.2009.02.006](https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2009.02.006).
- **Flick, Uwe (2011):** Triangulation. Eine Einführung. Qualitative Sozialforschung 12. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag.
- **Flicker, Sarah und Nixon, Stephanie A. (2015):** The depict model for participatory qualitative health promotion research analysis piloted in Canada, Zambia and South Africa. In: Health Promotion International 30 (3), S. 616–624. DOI: [10.1093/heapro/dat093](https://doi.org/10.1093/heapro/dat093).
- **Follmar-Otto, Petra und Cremer, Hendrik (2009):** Der Nationale Aktionsplan der Bundesrepublik Deutschland gegen Rassismus. Stellungnahme und Empfehlungen. Policy Paper

No. 12. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte. Online verfügbar unter: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/policy_paper_12_der_nationale_aktionsplan_der_bundesrepublik_deutschland_gegen_rassismus.pdf, zuletzt geprüft am 25.09.2023.

- **Foucault, Michel (2020):** Der Wille zum Wissen. Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft 716. 23. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- **Frank, James; Smith, Brad W. und Novak, Kenneth J. (2005):** Exploring the basis of citizens' attitudes toward the police. In: Police Quarterly 8 (2), S. 206–228. DOI: [10.1177/1098611103258955](https://doi.org/10.1177/1098611103258955).
- **Frewer, Andreas (2008):** Medizingeschichte, Ethik und Menschenrechte. Vom Nürnberger Ärzteprozeß zum Genfer Gelöbniß. In: MRM – MenschenRechtsMagazin (2), S. 142–154.
- **Frølich, Anne; Ghith, Nermin; Schiøtz, Michaela; Jacobsen, Ramune und Stockmarr, Anders (2019):** Multimorbidity, healthcare utilization and socioeconomic status: A register-based study in Denmark. In: PloS One 14 (8). DOI: [10.1371/journal.pone.0214183](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214183).
- **Füeßl, Hermann und Middeke, Martin (2018):** Anamnese und klinische Untersuchung. Duale Reihe. 6. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- **Füeßl, Hermann und Middeke, Martin (2022):** Anamnese und klinische Untersuchung. Duale Reihe. 7. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- **Gast ArbeiterIn (2022):** Ein klassischer Fall von Morbus Mediterraneus. In: renk.Magazin, 05.10.2022. Online verfügbar unter: <https://renk-magazin.de/ein-klassischer-fall-von-morbus-mediterraneus/>, zuletzt geprüft am 12.06.2023.
- **Gaventa, John und Cornwall, Andrea (2015):** Power and Knowledge. In: Bradbury, Hilary (Hg.): The SAGE Handbook of Action Research. 3. Auflage. London: SAGE Publications Ltd., S. 465–471.
- **Gebhardt, Janine; David, Matthias und Borde, Theda (2008):** Der Anspruch auf differenzierte Beratung und Begleitung von Frauen in den Wechseljahren durch behandelnde Ärztinnen und Ärzte. In: Siedentopf, Friederike; Rauchfuß, Martina; David, Matthias und Thomas, Anke (Hg.): Zwischen Tradition und Moderne. Psychosomatische Frauenheilkunde im 21. Jahrhundert. Beiträge der 37. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e. V. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- **Generalversammlung der Vereinten Nationen (1966):** Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966 (ICESCR). Online verfügbar unter: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/ICESCR/ICESCR_Pakt.pdf.
- **Generalversammlung der Vereinten Nationen (1992):** Erklärung über die Rechte von Personen, die nationalen oder ethnischen, religiösen oder sprachlichen Minderheiten angehören. Resolution Nr. 47/135 [vom 18.12.1992]. Online verfügbar unter: https://www.uni-trier.de/fileadmin/fb5/inst/IEVR/Arbeitsmaterialien/Staatskirchenrecht/Europa/EuGH/Vierter_Teil_Vereinte_Nationen_Erklaerung_Minderheit.pdf.
- **Gerhards, Simon; Schweda, Mark und Weßel, Merle (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).
- **Gerlach, Heli und Abholz, Heinz-Harald (2009):** Schwarze Patientinnen und weiße Hausärztinnen. Ein Vergleich der Ergebnisse von Fokusgruppendifkussionen mit Patientinnen und Hausärztinnen. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 11, S. 444–450.

- **Gerlach, Heli; Abholz, Heinz-Harald; Koc, Güllü; Yilmaz, Mustafa und Becker, Nicole (2012):** „Ich möchte als Migrant auch nicht anders behandelt werden“. Fokusgruppen zu Erfahrungen von Patienten mit Migrationshintergrund aus der Türkei. In: ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin 88 (2), S. 77–85.
- **Gerlach, Heli; Becker, Nicole und Abholz, Heinz-Harald (2008):** Welche Erfahrungen haben deutsche Hausärzte mit Patienten mit Migrationshintergrund? Ergebnisse einer Fokusgruppendifkussion mit Hausärzten. In: ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin 84 (10), S. 428–435. DOI: [10.1055/s-0028-1087184](https://doi.org/10.1055/s-0028-1087184).
- **Gerlach, Heli; Becker, Nicole; Fuchs, A.; Wollny, A. und Abholz, Heinz-Harald (2008):** Diskriminierung von Schwarzen aufgrund ihrer Hautfarbe? Ergebnisse von Fokusgruppendifkussionen mit Betroffenen im deutschen Gesundheitswesen. In: Gesundheitswesen 70 (1), S. 47–53. DOI: [10.1055/s-2007-1022524](https://doi.org/10.1055/s-2007-1022524).
- **Gerlinger, Thomas (2022):** Baustelle Gesundheitssystem. Aktuelle Herausforderungen in der Gesundheitspolitik – Essay. In: Aus Politik und Zeitgeschichte/bpb.de. Online verfügbar unter: <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/270312/baustelle-gesundheitssystem/>, zuletzt geprüft am 06.07.2023.
- **Geronimus, A. T. (1992):** The weathering hypothesis and the health of african-American women and infants: Evidence and speculations. In: Ethnicity & Disease 2 (3), S. 207–221.
- **Geronimus, A. T.; Bound, J.; Waidmann, T. A.; Hillemeier, M. M. und Burns, P. B. (1996):** Excess mortality among blacks and whites in the united states. In: The New England Journal of Medicine 335 (21), S. 1552–1558. DOI: [10.1056/NEJM199611213352102](https://doi.org/10.1056/NEJM199611213352102).
- **Gibbons, Frederick X.; Etcheverry, Paul E.; Stock, Michelle L.; Gerrard, Meg; Weng, Chih-Yuan; Kiviniemi, Marc und O’Hara, Ross E. (2010):** Exploring the link between racial discrimination and substance use: What mediates? What buffers? In: Journal of Personality and Social Psychology 99 (5), S. 785–801. DOI: [10.1037/a0019880](https://doi.org/10.1037/a0019880).
- **Glover, LáShauntá M.; Sims, Mario und Winters, Karen (2017):** Perceived discrimination and reported trust and satisfaction with providers in african americans: The jackson heart study. In: Ethnicity & Disease 27 (3), S. 209–216.
- **GMA (2023):** Professional Identity Formation – GMA – Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. Online verfügbar unter: <https://gesellschaft-medizinische-ausbildung.org/ausschuesse/professional-identity-formation.html>, zuletzt geprüft am 18.08.2023.
- **Goldberg, David T. (2003):** Racial knowledge. In: Back, Les und Solomos, John (Hg.): Theories of race and racism. A reader. London: Routledge, S. 154–180.
- **Goldberg, David T. (2006):** Racial Europeanization. In: Ethnic and Racial Studies 29 (2), S. 331–364.
- **Goldie, John; Dowie, Al; Cotton, Phil und Morrison, Jillian (2007):** Teaching professionalism in the early years of a medical curriculum: A qualitative study. In: Medical education 41 (6), S. 610–617. DOI: [10.1111/j.1365-2923.2007.02772.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2007.02772.x).
- **Gomolla, Mechtild und Radtke, Frank-Olaf (2009):** Institutionelle Diskriminierung. Die Herstellung ethnischer Differenz in der Schule. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- **Gonzalez, Cristina M.; Kim, Mimi Y. und Marantz, Paul R. (2014):** Implicit bias and its relation to health disparities: A teaching program and survey of medical students. In: Teaching and Learning in Medicine 26 (1), S. 64–71. DOI: [10.1080/10401334.2013.857341](https://doi.org/10.1080/10401334.2013.857341).
- **Göring, Carola (2022):** Feminine Frauen sind besonders Re-Infarkt-gefährdet. In: MMW Fortschritte der Medizin 164 (15), S. 22–23. DOI: [10.1007/s15006-022-1836-5](https://doi.org/10.1007/s15006-022-1836-5).

- **Gottlieb, Nora und Schülle, Mirjam (2021):** An overview of health policies for asylum-seekers in Germany. In: *Health Policy* 125 (1), S. 115–121. DOI: [10.1016/j.healthpol.2020.09.009](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.09.009).
- **Gottschalk, Felix; Mimra, Wanda und Waibe, Christian (2020):** Health Services as Credence Goods: a Field Experiment. In: *The Economic Journal* 130 (629), S. 1346–1383.
- **Grabka, Markus M. und Göbler, Konstantin (2020):** Der Niedriglohnsektor in Deutschland. Falle oder Sprungbrett für Beschäftigte? Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/200624_Studie_Niedriglohnsektor_DIW_final.pdf.
- **Griffin, Rachel A. (2012):** I am an angry black woman: Black feminist autoethnography, voice, and resistance. In: *Women's Studies in Communication* 35 (2), S. 138–157. DOI: [10.1080/07491409.2012.724524](https://doi.org/10.1080/07491409.2012.724524).
- **Grove, Natalie J. und Zwi, Anthony B. (2006):** Our health and theirs: Forced migration, othering, and public health. In: *Social Science & Medicine* 62 (8), S. 1931–1942. DOI: [10.1016/j.socscimed.2005.08.061](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.08.061).
- **Guillaumin, Colette (1991):** Rasse. Das Wort und die Vorstellung. In: Bielefeld, Ulrich (Hg.): *Das Eigene und das Fremde. Neuer Rassismus in der alten Welt?* Hamburg: Junius, S. 159–173.
- **Guryan, Jonathan und Charles, Kerwin K. (2013):** Taste-based or statistical discrimination: the economics of discrimination returns to its roots. In: *The Economic Journal* 123 (572), F417–F432.
- **Ha, Kien N. (2012):** Rostock-Lichtenhagen. Die Rückkehr des Verdrängten. In: *Heimatkunde. Migrationspolitisches Portal*. Online verfügbar unter: <https://heimatkunde.boell.de/de/2012/09/01/rostock-lichtenhagen-die-rueckkehr-des-verdraengten>, zuletzt geprüft am 27.09.2023.
- **Ha, Kien N. (Hg.) (2021):** *Asiatische Deutsche Extended. Vietnamesische Diaspora and Beyond*. Berlin, Hamburg: Assoziation A.
- **Ha, Kien N.; al-Samarai, Nicola L. und Mysorka, Sheila (2007):** Einleitung. In: Ha, Kien N.; al-Samarai, Nicola L. und Mysorekar, Sheila (Hg.): *re/visionen. Postkoloniale Perspektiven von People of Color auf Rassismus, Kulturpolitik und Widerstand in Deutschland*. Münster: Unrast, S. 9–23.
- **Ha, Noa K. (2023):** Weißsein und rassistische Diskriminierung – Rassismus, Rasse und Hautfarbe. In: Demirtaş, Birgül (Hg.): *„Da war doch was!“ Der Brandanschlag in Solingen 1993. Hintergrundwissen und rassistuskritische Materialien für die pädagogische Praxis*. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe, S. 29–30.
- **Hafferty, Frederic W. und Franks, Ronald (1994):** The Hidden Curriculum, Ethics Teaching, and the Structure of Medical Education. In: *Academic Medicine* (69), S. 861–871.
- **Haider, Asad (2018):** Mistaken identity. Race and class in the age of trump. London, Brooklyn, NY: Verso. Online verfügbar unter: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=5394564>.
- **Hall, Stuart (1989):** *Ideologie, Kultur, Medien, Neue Rechte, Rassismus. Argument classics 1*. Hamburg: Argument Verlag.
- **Hall, Stuart (1994):** *Rassismus und kulturelle Identität. Ausgewählte Schriften 2*. Hamburg: Argument Verlag.
- **Hall, Stuart (2000):** Rassismus als ideologischer Diskurs. In: Rätzkel, Nora (Hg.): *Theorien über Rassismus. Argument classics 258*. Hamburg: Argument Verlag, S. 7–16.

- **Hall, Stuart (2021):** Rassismus und kulturelle Identität. Argument classics 2. Hamburg: Argument Verlag.
- **Hall, William J.; Chapman, Mimi V.; Lee, Kent M.; Merino, Yesenia M.; Thomas, Tainayah W.; Payne, B. K.; Eng, Eugenia; Day, Steven H. und Coyne-Beasley, Tamera (2015):** Implicit racial/ethnic bias among health care professionals and its influence on health care outcomes: A systematic review. In: American Journal of Public Health 105 (12), e60-76. DOI: [10.2105/AJPH.2015.302903](https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302903).
- **Halla, Martin; Kah, Christopher und Sausgruber, Rupert (2021):** Testing for ethnic discrimination in outpatient health care: Evidence from a field experiment in Germany. IZA Discussion Paper Series 14886. Bonn: IZA – Institute of Labor Economics.
- **Hallal, Houda (2015):** Diversität in der humanmedizinischen Ausbildung. Eine empirische Rekonstruktion kollektiver Orientierungen in den institutionellen Erfahrungsräumen des Medizinstudiums. Wissenschaftliche Beiträge aus dem Tectum-Verlag 67. Marburg: Tectum Wissenschaftsverlag.
- **Hamann, Ulrike (2015):** Prekäre koloniale Ordnung. Rassistische Konjunkturen im Widerspruch. Deutsches Kolonialregime 1884-1914. transcript Verlag.
- **Hamed, Sarah; Bradby, Hannah; Ahlberg, Beth M. und Thapar-Björkert, Suruchi (2022):** Racism in healthcare: A scoping review. In: BMC Public Health 22 (1), S. 988. DOI: [10.1186/s12889-022-13122-y](https://doi.org/10.1186/s12889-022-13122-y).
- **Hamed, Sarah; Thapar-Björkert, Suruchi; Bradby, Hannah und Ahlberg, Beth M. (2020):** Racism in European health care: Structural violence and beyond. In: Qualitative Health Research 30 (11), S. 1662–1673. DOI: [10.1177/1049732320931430](https://doi.org/10.1177/1049732320931430).
- **Hamidou-Schmidt, Hayfat und Elis, Jonas (2023):** Wie rassistische Einstellungen gemessen werden: Rassismuskonzepte und Messinstrumente in quantitativen Verfahren. In: Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (Hg.): Rassismusforschung I. Theoretische und interdisziplinäre Perspektiven. Gesellschaft der Unterschiede 73. Bielefeld: transcript, S. 129–168. DOI: [10.14361/9783839461501-005](https://doi.org/10.14361/9783839461501-005).
- **Hans-Böckler-Stiftung (Hg.) (2022):** Arbeitsbedingungen in der Pflege. Online verfügbar unter: <https://www.boeckler.de/de/auf-einen-blick-17945-zahlen-und-studien-zum-pflegenotstand-und-wege-hinaus-17962.htm>, zuletzt geprüft am 06.07.2023.
- **Haraway, Donna (1988):** Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. In: Feminist Studies 14, S. 575–599.
- **Harris, Ricci B.; Cormack, Donna M. und Stanley, James (2019):** Experience of racism and associations with unmet need and healthcare satisfaction: The 2011/12 adult new zealand health survey. In: Australian and New Zealand journal of public health 43 (1), S. 75–80. DOI: [10.1111/1753-6405.12835](https://doi.org/10.1111/1753-6405.12835).
- **Hart, Julian T. (1971):** The inverse care law. In: The Lancet 1 (7696), S. 405–412. DOI: [10.1016/s0140-6736\(71\)92410-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(71)92410-x).
- **Hartlep, Nicholas D. und Bui, Pipo (2020):** Vietnamese Students and the Emerging Model Minority Myth in Germany. In: Steinberg, Shirley und Down, Barry (Hg.): The SAGE Handbook of Critical Pedagogies. London: SAGE Publications Ltd, S. 518–536. DOI: [10.4135/9781526486455.n53](https://doi.org/10.4135/9781526486455.n53).
- **Hausmann, Leslie R. M.; Jeong, Kwonho; Bost, James E. und Ibrahim, Said A. (2008):** Perceived discrimination in health care and use of preventive health services. In:

Journal of General Internal Medicine 23 (10), S. 1679–1684. DOI: [10.1007/s11606-008-0730-x](https://doi.org/10.1007/s11606-008-0730-x).

- **Hausmann, Leslie R. M.; Kressin, Nancy R.; Hanusa, Barbara H. und Ibrahim, Said A. (2010):** Perceived racial discrimination in health care and its association with patients' healthcare experiences: does the measure matter? In: Ethnicity & Disease 20 (1), S. 40–47.
- **He, Jun; He, Leshui; Zhou, Wen; Nie, Xuanhua und He, Ming (2020):** Discrimination and social exclusion in the outbreak of covid-19. In: International Journal of Environmental Research and Public Health 17 (8), S. 2933. DOI: [10.3390/ijerph17082933](https://doi.org/10.3390/ijerph17082933).
- **Heckmann, Friedrich (1992):** Ethnische Minderheiten, Volk und Nation. Soziologie inter-ethnischer Beziehungen. Flexibles Taschenbuch Soz. Stuttgart: F. Enke.
- **Heinemann, Alisha M. und Mecheril, Paul (2016):** Institutioneller Rassismus als Analyseperspektive. Zwei Argumente. In: Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.): Ideologien der Ungleichwertigkeit. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung, S. 45–54.
- **Heise, Lori; Greene, Margaret E.; Opper, Neisha; Stavropoulou, Maria; Harper, Caroline; Nascimento, Marcos und Zewdie, Debrework (2019):** Gender inequality and restrictive gender norms: Framing the challenges to health. In: Lancet 393 (10189), S. 2440–2454. DOI: [10.1016/S0140-6736\(19\)30652-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30652-X).
- **Heng, Geraldine (2018):** The invention of race in the European middle ages. Cambridge: Cambridge University Press. DOI: [10.1017/9781108381710](https://doi.org/10.1017/9781108381710).
- **Hernandez, Rachael (2018):** Medical students' implicit bias and the communication of norms in medical education. In: Teaching and Learning in Medicine 30 (1), S. 112–117.
- **Herrmann, Markus; Schwantes, Ulrich S. und Topserver, Pinar (2017):** Ausländische Patienten. In: Kochen, Michael M. (Hg.): Duale Reihe – Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, S. 179–190.
- **Herrnkind, Martin (2022):** Gefahrenabwehr und Eigensicherung. In: Hunold, Daniela und Singelstein, Tobias (Hg.): Rassismus in der Polizei. Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme. Wiesbaden: Springer VS, S. 295–321. DOI: [10.1007/978-3-658-37133-3_14](https://doi.org/10.1007/978-3-658-37133-3_14).
- **Hetherington, Marc J. und Rudolph, Thomas J. (2008):** Priming, Performance, and the Dynamics of Political Trust. In: The Journal of Politics 70 (2), S. 498–512. DOI: [10.1017/S0022381608080468](https://doi.org/10.1017/S0022381608080468).
- **Hieronymus, Andreas; Fögen, Ines; Mehreoğlu, Yücel und Justin Kröger (2010):** ENAR Schattenbericht 2009/2010. Rassismus und Diskriminierung in Deutschland. Online verfügbar unter: https://www.netz-gegen-rassismus.de/files/pdf/schattenberichte/ENAR_German_Shadow_Report_2009-10.pdf.
- **Hoffman, Kelly M.; Trawalter, Sophie; Axt, Jordan R. und Oliver, M. Norman (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), S. 4296–4301. DOI: [10.1073/pnas.1516047113](https://doi.org/10.1073/pnas.1516047113).
- **Hollingshead, Nicole A.; Ashburn-Nardo, Leslie; Stewart, Jesse C. und Hirsh, Adam T. (2016):** The pain experience of hispanic americans: A critical literature review and conceptual model. In: The journal of pain 17 (5), S. 513–528. DOI: [10.1016/j.jpain.2015.10.022](https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.10.022).

- **Holm, Niels und Burgdorf, Walter H. C. (2001):** Hauterkrankungen bei dunkelpigmentierten Menschen. In: Plewig, Gerd und Gegitz, Klaus (Hg.): Fortschritte der praktischen Dermatologie und Venerologie. Dermatologie, Band 17. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 137–146. DOI: [10.1007/978-3-642-56437-6_20](https://doi.org/10.1007/978-3-642-56437-6_20).
- **Horgan, Denis; Borisch, Bettina; Eliassen, Bogi; Kapitein, Peter; Biankin, Andrew V.; Gijssels, Stefan; Zaiac, Michael; Fandel, Marie-Helene; Lal, Jonathan A.; Kozaric, Marta; Moss, Barbara; Maria, Ruggero de; Geanta, Marius; Nowak, Frédérique; Montserrat-Moliner, Antoni und Riess, Olaf (2022):** Meeting the need for a discussion of unmet medical need. In: Healthcare 10 (8). DOI: [10.3390/healthcare10081578](https://doi.org/10.3390/healthcare10081578).
- **Hövenner, Claudia und Wieler, Lothar H. (2023):** Editorial – Migration und Gesundheit: Auf dem Weg zu einem diversity-orientierten Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Vorab-Onlinepublikation. DOI: [10.25646/11087](https://doi.org/10.25646/11087).
- **Houtven, Courtney H. van; Voils, Corrine I.; Oddone, Eugene Z.; Weinfurt, Kevin P.; Friedman, Joëlle Y.; Schulman, Kevin A. und Bosworth, Hayden B. (2005):** Perceived discrimination and reported delay of pharmacy prescriptions and medical tests. In: Journal of General Internal Medicine 20 (7), S. 578–583. DOI: [10.1007/s11606-005-0104-6](https://doi.org/10.1007/s11606-005-0104-6).
- **Human Rights Council (2017):** Report of the Working Group of Experts on People of African Descent on its mission to Germany. Online verfügbar unter: <https://digitallibrary.un.org/record/1304263>, zuletzt geprüft am 25.04.2023.
- **Humpert, Andreas und Schneiderheinze, Klaus (2000):** Stichprobenziehung für telefonische Zuwandererumfragen. Einsatzmöglichkeiten der Namenforschung. In: ZUMA-Nachrichten 24 (47), S. 36–63.
- **Hund, Wulf D. (2007):** Rassismus. Einsichten. Themen der Soziologie. Bielefeld: transcript. Online verfügbar unter: <https://www.degruyter.com/isbn/9783839403105>. DOI: [10.14361/9783839403105](https://doi.org/10.14361/9783839403105).
- **Hund, Wulf D. (2012):** Vor, mit, nach und ohne „Rassen“. Reichweiten der Rassismusforschung. In: Archiv für Sozialgeschichte (52), S. 725–763.
- **Hund, Wulf D. (2016):** Rassismusanalyse in der Rassenfalle. Zwischen „raison nègre“ und „racialization“. In: Archiv für Sozialgeschichte (56), S. 511–548.
- **Hunold, Daniela und Singelstein, Tobias (2022a):** Einführung. In: Hunold, Daniela und Singelstein, Tobias (Hg.): Rassismus in der Polizei. Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme. Wiesbaden: Springer VS, S. 1–12.
- **Hunold, Daniela und Singelstein, Tobias (Hg.) (2022b):** Rassismus in der Polizei. Eine wissenschaftliche Bestandsaufnahme. Wiesbaden: Springer VS.
- **Hurd, Noelle M.; Varner, Fatima A.; Caldwell, Cleopatra H. und Zimmerman, Marc A. (2014):** Does perceived racial discrimination predict changes in psychological distress and substance use over time? An examination among black emerging adults. In: Developmental psychology 50 (7), S. 1910–1918. DOI: [10.1037/a0036438](https://doi.org/10.1037/a0036438).
- **Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismuarbeit (IDA) e. V.:** Glossar: Ethnizität. Online verfügbar unter: https://www.idaev.de/researchtools/glossar?tx_dpnglossary_glossary%5Baction%5D=show&tx_dpnglossary_glossary%5Bterm%5D=16&tx_dpnglossary_glossarydetail%5Bcontroller%5D=Term&cHash=7ad2a52340c9ce3dae85f9a24a3e4c70, zuletzt geprüft am 05.06.2023.

- **Igel, Ulrike; Brähler, Elmar und Grande, Gesine (2010):** Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen. In: *Psychiatrische Praxis* 37 (4), S. 183–190. DOI: [10.1055/s-0029-1223508](https://doi.org/10.1055/s-0029-1223508).
- **Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2021):** Mittelfristprognose: Arbeitsmarktdynamik bis 2025. Forschungsbericht 526/4. Online verfügbar unter: https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb526-4-mittelfristprognose-arbeitsmarktdynamik-bis-2025.pdf?__blob=publicationFile&v=1, zuletzt geprüft am 28.07.2023.
- **Interministerielle Arbeitsgruppe (2023):** Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona. Abschlussbericht. Berlin, Bonn: Bundesregierung. Online verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/214866/fbb00bcf0395b4450d1037616450cfb5/ima-abschlussbericht-gesundheitliche-auswirkungen-auf-kinder-und-jugendliche-durch-corona-data.pdf>.
- **Isaac, Benjamin H. (2004):** The invention of racism in classical antiquity. Princeton paperbacks. Princeton, Oxford: Princeton University Press. Online verfügbar unter: <https://www.hsozkult.de/publicationreview/id/rezbuecher-4621>.
- **Israel, Barbara A.; Schulz, Amy J.; Parker, Edith A. und Becker, Adam B. (1998):** Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. In: *Annual Review of Public Health* 19, S. 173–202. DOI: [10.1146/annurev.publhealth.19.1.173](https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173).
- **Ituen, Imeh und Hey, Lisa T. (2021):** Der Elefant im Raum – Umweltrassismus in Deutschland. Studien, Leerstellen und ihre Relevanz für Umwelt- und Klimagerechtigkeit. Berlin. Online verfügbar unter: <https://www.boell.de/sites/default/files/2021-12/E-Paper%20Der%20Elefant%20im%20Raum%20-%20Umweltrassismus%20in%20Deutschland%20Endf.pdf>, zuletzt geprüft am 29.08.2023.
- **Jackson, James S.; Caldwell, Cleopatra H. und Sellers, Sherrill L. (2012):** Conceptual and methodological challenges in studies of black populations. In: Jackson, James S.; Caldwell, Cleopatra H. und Sellers, Sherrill L. (Hg.): *Researching black communities. A methodological guide*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan Press, S. 3–30.
- **Johnson, Joy L.; Bottorff, Joan L.; Browne, Annette J.; Grewal, Sukhdev; Hilton, B. A. und Clarke, Heather (2004):** Othering and being othered in the context of health care services. In: *Health Communication* 16 (2), S. 255–271. DOI: [10.1207/S15327027HC1602_7](https://doi.org/10.1207/S15327027HC1602_7).
- **Jones, Camara P. (2000):** Levels of racism: A theoretic framework and a gardener’s tale. In: *American Journal of Public Health* 90 (8), S. 1212–1215. DOI: [10.2105/ajph.90.8.1212](https://doi.org/10.2105/ajph.90.8.1212).
- **Jones, Kristen P.; Peddie, Chad I.; Gilrane, Veronica L.; King, Eden B. und Gray, Alexis L. (2016):** Not So Subtle: A Meta-Analytic Investigation of the Correlates of Subtle and Overt Discrimination. In: *Journal of Management* 42 (6), S. 1588–1613. DOI: [10.1177/0149206313506466](https://doi.org/10.1177/0149206313506466).
- **Juang, Linda P.; Moffitt, Ursula; Schachner, Maja K. und Pevec, Sharleen (2021):** Understanding ethnic-racial identity in a context where „race“ is taboo. In: *Identity* 21 (3), S. 185–199. DOI: [10.1080/15283488.2021.1932901](https://doi.org/10.1080/15283488.2021.1932901).
- **Jütte, Robert; Eckart, Wolfgang U.; Schmuhl, Hans-Walter und Süß, Winfried (Hg.) (2011):** *Medizin und Nationalsozialismus. Bilanz und Perspektiven der Forschung*. Göttingen: Wallstein Verlag.
- **Kaholokula, Joseph K.; Antonio, Mapuana C. K.; Ing, Claire K. T.; Hermosura, Andrea; Hall, Kimberly E.; Knight, Rebecca und Wills, Thomas A. (2017):** The effects of perceived

- racism on psychological distress mediated by venting and disengagement coping in native hawaiians. In: *BMC Psychology* 5 (1), S. 2. DOI: [10.1186/s40359-017-0171-6](https://doi.org/10.1186/s40359-017-0171-6).
- **Kaiser, Cheryl R. und Major, Brenda (2006):** A social psychological perspective on perceiving and reporting discrimination. In: *Law & Social Inquiry* 31 (4), S. 801–830. DOI: [10.1111/j.1747-4469.2006.00036.x](https://doi.org/10.1111/j.1747-4469.2006.00036.x).
 - **Kajikhina, Katja; Koschollek, Carmen; Sarma, Navina; Bug, Marleen; Wengler, Annele- ne; Bozorgmehr, Kayvan; Razum, Oliver; Borde, Theda; Schenk, Liane; Zimmermann, Ruth und Hövener, Claudia (2023):** Empfehlungen zur Erhebung und Analyse migra- tionsbezogener Determinanten in der Public-Health-Forschung. In: *Journal of Health Monitoring* (1), S. 55–77.
 - **Kalter, Frank und Heath, Anthony (2018):** Dealing with diverse diversities: Defining and comparing minority groups. In: Kalter, Frank; Jonsson, Jan O.; Tubergen, Frank van und Heath, Anthony F. (Hg.): *Growing up in diverse societies. The integration of children of immigrants in england, Germany, the Netherlands and Sweden. Proceedings of the British Academy* 215. Oxford: Oxford University Press, S. 62–83.
 - **Kanak Attak (1998):** KANAK ATTA UND BASTA! Manifest. Online verfügbar unter: https://www.kanak-attak.de/ka/down/pdf/manifest_d.pdf, zuletzt geprüft am 24.08.2023.
 - **Kandula, Namratha R.; Hasnain-Wynia, Romana; Thompson, Jason A.; Brown, E. R. und Baker, David W. (2009):** Association between prior experiences of discrimination and patients' attitudes towards health care providers collecting information about race and ethnicity. In: *Journal of General Internal Medicine* 24 (7), S. 789–794. DOI: [10.1007/s11606-009-0991-z](https://doi.org/10.1007/s11606-009-0991-z).
 - **Kang, Cara; Tomkow, Louise und Farrington, Rebecca (2019):** Access to primary health care for asylum seekers and refugees: A qualitative study of service user experiences in the UK. In: *The British Journal of General Practice* 69 (685), e537-e545. DOI: [10.3399/bjgp19X701309](https://doi.org/10.3399/bjgp19X701309).
 - **Kang, Sonia K. und Kaplan, Sarah (2019):** Working toward gender diversity and inclusion in medicine: Myths and solutions. In: *Lancet* 393 (10171), S. 579–586. DOI: [10.1016/S0140-6736\(18\)33138-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33138-6).
 - **Karakayali, Serhat und Heller, Mareike (2022):** Rassismus und Segregation. In: Siouti, Irini; Spies, Tina; Tuidier, Elisabeth; Unger, Hella von und Yildiz, Erol (Hg.): *Othring in der postmigrantischen Gesellschaft*. Bielefeld: transcript Verlag, S. 179–200. DOI: [10.14361/9783839463086](https://doi.org/10.14361/9783839463086).
 - **Karger, André; Lindtner-Rudolph, Heide; Mroczynski, Robert; Ziem, Alexander und Jok- simovic, Ljiljana (2017):** „Wie fremd ist mir der Patient?“ In: *Zeitschrift für Psychosomati- sche Medizin und Psychotherapie* 63 (3), S. 280–296. DOI: [10.13109/zptm.2017.63.3.280](https://doi.org/10.13109/zptm.2017.63.3.280).
 - **Karlsen, Saffron und Nazroo, James Y. (2004):** Fear of racism and health. In: *Journal of epidemiology and community health* 58 (12), S. 1017–1018. DOI: [10.1136/jech.2004.020479](https://doi.org/10.1136/jech.2004.020479).
 - **Keller, Reiner (2011):** Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungs- programms. Interdisziplinäre Diskursforschung. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag. Online verfügbar unter: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=749563>.
 - **Kilomba, Grada (2021):** *Plantation memories. Episodes of everyday racism*. Toronto: *Between the Lines*. Online verfügbar unter: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6631177>.

- **Kim, Tae J.; Vonneilich, Nico; Lüdecke, Daniel und Knesebeck, Olaf von dem (2017):** Income, financial barriers to health care and public health expenditure: A multilevel analysis of 28 countries. In: *Social Science & Medicine* 176, S. 158–165. DOI: [10.1016/j.socscimed.2017.01.044](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.044).
- **Kinket, Barbara und Verkuyten, Maykel (1997):** Levels of Ethnic Self-Identification and Social Context. In: *Social Psychology Quarterly* 60 (4), S. 338. DOI: [10.2307/2787094](https://doi.org/10.2307/2787094).
- **Kitching, George T.; Firestone, Michelle; Schei, Berit; Wolfe, Sara; Bourgeois, Cheryllee; O'Campo, Patricia; Rotondi, Michael; Nisenbaum, Rosane; Maddox, Raglan und Smylie, Janet (2020):** Unmet health needs and discrimination by healthcare providers among an indigenous population in Toronto, Canada. In: *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne de Santé Publique* 111 (1), S. 40–49. DOI: [10.17269/s41997-019-00242-z](https://doi.org/10.17269/s41997-019-00242-z).
- **Klein, Jens und Knesebeck, Olaf von dem (2018):** Soziale Ungleichheit bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung. In: *Public Health Forum* 26 (4), S. 316–318. DOI: [10.1515/pubhef-2018-0082](https://doi.org/10.1515/pubhef-2018-0082).
- **Klimke, Daniela; Lautmann, Rüdiger; Stäheli, Urs; Weischer, Christoph und Wienold, Hanns (Hg.) (2020):** Lexikon zur Soziologie. 6. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- **Kluge, U.; Aichberger, M. C.; Heinz, E.; Udeogu-Gözalán, C. und Abdel-Fatah, D. (2020):** Rassismus und psychische Gesundheit. In: *Der Nervenarzt* 91 (11), S. 1017–1024. DOI: [10.1007/s00115-020-00990-1](https://doi.org/10.1007/s00115-020-00990-1).
- **Köhler, Jonas und Suda, Kimiko (2023):** Erste Ergebnisse der Studie „Antiasiatischer Rassismus in Zeiten der Corona-Pandemie“. Factsheet. Berlin: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM). Online verfügbar unter: https://www.dezim-institut.de/fileadmin/user_upload/Demo_FIS/publikation_pdf/FA-5558.pdf.
- **Kollender, Ellen und Nimer, Maissam (2020):** Long-term exclusionary effects of COVID-19 for refugee children in the German and Turkish education systems. A comparative perspective. IPC-Mercator Policy Brief, July 2020. Online verfügbar unter: <https://ipc.sabanciuniv.edu/Content/Images/CKeditorImages/20200708-02075629.pdf>.
- **Kreienbrink, Axel (Hg.) (2014):** Fachkräftemigration aus Asien nach Deutschland und Europa. Migration of skilled labour from Asia to Germany and Europe. Beiträge zu Migration und Integration, Band 5. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Online verfügbar unter: <https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/68153>.
- **Krieger, Nancy (2020a):** Enough: Covid-19, structural racism, police brutality, plutocracy, climate change-and time for health justice, democratic governance, and an equitable, sustainable future. In: *American Journal of Public Health* 110 (11), S. 1620–1623. DOI: [10.2105/AJPH.2020.305886](https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305886).
- **Krieger, Nancy (2000):** Discrimination and health. In: Berkman, Lisa F. und Kawachi, Ichiro (Hg.): *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press, S. 36–75.
- **Krieger, Nancy (2005):** Embodiment: A conceptual glossary for epidemiology. In: *Journal of epidemiology and community health* 59 (5), S. 350–355. DOI: [10.1136/jech.2004.024562](https://doi.org/10.1136/jech.2004.024562).
- **Krieger, Nancy (2014):** Discrimination and health inequities. In: *International Journal of Health Services* 44 (4), S. 643–710. DOI: [10.2190/HS.44.4.b](https://doi.org/10.2190/HS.44.4.b).
- **Kringos, Dionne; Boerma, Wienke; Bourgueil, Yann; Cartier, Thomas; Dedeu, Toni; Hasvold, Toralf; Hutchinson, Allen; Lember, Margus; Oleszczyk, Marek; Rotar Pavlic, Danica; Svab, Igor; Tedeschi, Paolo; Wilm, Stefan; Wilson, Andrew; Windak, Adam; Zee,**

- Jouke van der und Groenewegen, Peter (2013):** The strength of primary care in europe: An international comparative study. In: *The British Journal of General Practice* 63 (616), e742-50. DOI: [10.3399/bjgp13X674422](https://doi.org/10.3399/bjgp13X674422).
- **Kroenke, Kurt; Spitzer, Robert L.; Williams, Janet B. und Löwe, Bernd (2009):** An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. In: *Psychosomatics* 50 (6), S. 613–621.
 - **Krueger, Richard A. und Casey, Mary A. (2015):** Focus groups. A practical guide for applied research. 5. Auflage. Thousand Oaks, Calif.: SAGE.
 - **Kuchinke, Björn A.; Sauerland, Dirk und Wübker, Ansgar (2009):** The influence of insurance status on waiting times in german acute care hospitals: An empirical analysis of new data. In: *International Journal for Equity in Health* 8, S. 44. DOI: [10.1186/1475-9276-8-44](https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-44).
 - **Kugelmass, Heather (2016):** „Sorry, I’m not accepting new patients“: An audit study of access to mental health care. In: *Journal of Health and Social Behavior* 57 (2), S. 168–183. DOI: [10.1177/0022146516647098](https://doi.org/10.1177/0022146516647098).
 - **Kühl, Stefan (2014):** Die Internationale der Rassisten. Aufstieg und Niedergang der internationalen Bewegung für Eugenik und Rassenhygiene im 20. Jahrhundert. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
 - **LaVeist, Thomas A.; Rolley, Nicole C. und Diala, Chamberlain (2003):** Prevalence and patterns of discrimination among U.S. Health care consumers. In: *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation* 33 (2), S. 331–344. DOI: [10.2190/TCAC-P90F-ATM5-B5U0](https://doi.org/10.2190/TCAC-P90F-ATM5-B5U0).
 - **Lawrence, Jourdyn A.; Kawachi, Ichiro; White, Kellee; Bassett, Mary T. und Williams, David R. (2022):** Associations between multiple indicators of discrimination and allostatic load among middle-aged adults. In: *Social Science & Medicine* 298, Artikel 114866. DOI: [10.1016/j.socscimed.2022.114866](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2022.114866).
 - **Lazaridou, Felicia B.; Schubert, Saskia J.; Ringeisen, Tobias; Kaminski, Jakob; Heinz, Andreas und Kluge, Ulrike (2022):** 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, S. 1009–1022. DOI: [10.1007/s00406-022-01468-8](https://doi.org/10.1007/s00406-022-01468-8).
 - **Lee, Debbiesiu L. und Ahn, Soyeon (2011):** Racial Discrimination and Asian Mental Health: A Meta-Analysis. In: *The Counseling Psychologist* 39 (3), S. 463–489. DOI: [10.1177/0011000010381791](https://doi.org/10.1177/0011000010381791).
 - **Leech, Tamara G. J.; Irby-Shasanmi, Amy und Mitchell, Anne L. (2019):** „Are you accepting new patients?“ A pilot field experiment on telephone-based gatekeeping and black patients’ access to pediatric care. In: *Health Services Research* 54 (1), S. 234–242. DOI: [10.1111/1475-6773.13089](https://doi.org/10.1111/1475-6773.13089).
 - **Lei, Nina; Velez, Brandon L.; Seoud, Judy M. und Motulsky, Wei N. (2022):** A test of minority stress theory with Asian Americans. In: *The Counseling Psychologist* 50 (7), S. 1009–1038. DOI: [10.1177/00110000221107554](https://doi.org/10.1177/00110000221107554).
 - **Lenk, Christian (2011):** Enhancement vor dem Hintergrund verschiedener Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In: Viehöver, Willy und Wehling, Peter (Hg.): *Entgrenzung der Medizin. Von der Heilkunst zur Verbesserung des Menschen? Verkörperungen* 4. Bielefeld: transcript, S. 67–88. DOI: [10.14361/9783839413197-003](https://doi.org/10.14361/9783839413197-003).
 - **Lentin, Alana (2015):** *Racism and Anti-Racism in Europe*. London: Pluto Press. DOI: [10.2307/j.ctt18fscdh](https://doi.org/10.2307/j.ctt18fscdh).

- **Leutner, Mechthild (2022):** Rassismus und deutscher Kolonialismus in China: Legitimation weißer Herrschaft und das Feindbild von der „gelben Gefahr“. In: Leutner, Mechthild; Lu, Pan und Suda, Kimiko (Hg.): Antichinesischer und antiasiatischer Rassismus. Historische und gegenwärtige Diskurse, Erscheinungsformen und Gegenpositionen. Berliner China-Hefte No. 54. Berlin: LIT, S. 13–40.
- **Levi, Margaret und Stoker, Laura (2000):** Political trust and trustworthiness. In: Annual Review of Political Science 3 (1), S. 475–507. DOI: [10.1146/annurev.polisci.3.1.475](https://doi.org/10.1146/annurev.polisci.3.1.475).
- **Lewicki, Aleksandra (2022):** The material effects of Whiteness: Institutional racism in the German welfare state. In: The Sociological Review 70 (5), S. 916–934. DOI: [10.1177/00380261221108596](https://doi.org/10.1177/00380261221108596).
- **Lewis, Tené T.; Cogburn, Courtney D. und Williams, David R. (2015):** Self-reported experiences of discrimination and health: Scientific advances, ongoing controversies, and emerging issues. In: Annual Review of Clinical Psychology 11, S. 407–440. DOI: [10.1146/annurev-clinpsy-032814-112728](https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112728).
- **Li, Yao und Nicholson, Harvey L. (2021):** When „model minorities“ become „yellow peril“. Othering and the racialization of asian americans in the covid-19 pandemic. In: Sociology compass 15 (2). DOI: [10.1111/soc4.12849](https://doi.org/10.1111/soc4.12849).
- **Liaison Committee on Medical Education (2023):** Functions and Structure of a Medical School. Standards for Accreditation of Medical Education Programs Leading to the MD Degree. Association of American Medical Colleges and American Medical Association. Online verfügbar unter: <https://lcme.org/publications>.
- **Liebau, E.; Humpert, A. und Schneiderheinze, K. (2018):** Wie gut funktioniert das Onomastik-Verfahren? Ein Test am Beispiel des SOEP-Datensatzes. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research. Berlin, Germany: SOEP – The German Socio-Economic Panel study at DIW Berlin. Online verfügbar unter: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.595744.de/diw_sp0976.pdf.
- **Liebkind, Karmela und Jasinskaja-Lahti, Inga (2000):** The influence of experiences of discrimination on psychological stress: A comparison of seven immigrant groups. In: Journal of Community & Applied Social Psychology 10 (1), S. 1–16. DOI: [10.1002/\(SICI\)1099-1298\(200001/02\)10:1<1::AID-CASP521>3.0.CO;2-5](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1298(200001/02)10:1<1::AID-CASP521>3.0.CO;2-5).
- **Lilienfeld, Scott O. (2017):** Microaggressions: Strong claims, inadequate evidence. In: Perspectives on Psychological Science. A Journal of the Association for Psychological Science 12 (1), S. 138–169. DOI: [10.1177/1745691616659391](https://doi.org/10.1177/1745691616659391).
- **Lindner, Katja (2022):** Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Bundesländern – Rahmenbedingungen und Reformbedarfe. MIDEM-Policy Paper 01/22. Dresden.
- **Link, Bruce G. und Phelan, Jo (1995):** Social Conditions As Fundamental Causes of Disease. In: Journal of Health and Social Behavior 35, S. 80. DOI: [10.2307/2626958](https://doi.org/10.2307/2626958).
- **Liu, Sze Y.; Pabayo, Roman und Muennig, Peter (2021):** Perceived discrimination and increased odds of unmet medical needs among US children. In: International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation 51 (3), S. 364–370. DOI: [10.1177/0020731421997087](https://doi.org/10.1177/0020731421997087).
- **Lloyd, E. Paige; Paganini, Gina A. und Brinke, Leanne ten (2020):** Gender Stereotypes Explain Disparities in Pain Care and Inform Equitable Policies. In: Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences 7 (2), S. 198–204. DOI: [10.1177/2372732220942894](https://doi.org/10.1177/2372732220942894).

- **Loschert, Franziska; Kolb, Holger und Schork, Franziska (2023):** Prekäre Beschäftigung – prekäre Teilhabe. Ausländische Arbeitskräfte im deutschen Niedriglohnssektor. SVR-Studie 2023-1. Berlin. Online verfügbar unter: https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2023/06/SVR-Studie_Prekaere-Beschaeftigung_Prekaere-Teilhabe.pdf, zuletzt geprüft am 29.06.2023.
- **Ludwig-Maximilians-Universität (o. D.):** EMPOW. München: LMU, Institut für Soziologie. Online verfügbar unter: <https://www.empow-projekt.de>, zuletzt geprüft am 11.09.2023.
- **Lungen, Markus; Stollenwerk, Bjoern; Messner, Philipp; Lauterbach, Karl W. und Gerber, Andreas (2008):** Waiting times for elective treatments according to insurance status: A randomized empirical study in Germany. In: International Journal for Equity in Health 7, S. 1. DOI: [10.1186/1475-9276-7-1](https://doi.org/10.1186/1475-9276-7-1).
- **Macpherson, William (1999):** The Stephen Lawrence Inquiry. Presented to Parliament by the Secretary of State for the Home Department by Command of Her Majesty.
- **Madubuko, Nkechi (2011):** Akkulturationsstress von Migranten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. DOI: [10.1007/978-3-531-92733-6](https://doi.org/10.1007/978-3-531-92733-6).
- **Mahabir, Deb F.; O’Campo, Patricia; Lofters, Aisha; Shankardass, Ketan; Salmon, Christina und Muntaner, Carles (2021):** Experiences of everyday racism in toronto’s health care system: A concept mapping study. In: International Journal for Equity in Health 20 (1), S. 74. DOI: [10.1186/s12939-021-01410-9](https://doi.org/10.1186/s12939-021-01410-9).
- **Maharaj, Anjali S.; Bhatt, Nita V. und Gentile, Julie P. (2021):** Bringing it in the room: Addressing the impact of racism on the therapeutic alliance. In: Innovations in clinical neuroscience 18 (7–9), S. 39–43.
- **Maina, Ivy W.; Belton, Tanisha D.; Ginzberg, Sara; Singh, Ajit und Johnson, Tiffani J. (2018):** A decade of studying implicit racial/ethnic bias in healthcare providers using the implicit association test. In: Social Science & Medicine 199, S. 219–229. DOI: [10.1016/j.socscimed.2017.05.009](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.05.009).
- **Malinowska, Joanna K. und Żuradzki, Tomasz (2023):** Reductionist methodology and the ambiguity of the categories of race and ethnicity in biomedical research: An exploratory study of recent evidence. In: Medicine, Health Care and Philosophy 26 (1), S. 55–68. DOI: [10.1007/s11019-022-10122-y](https://doi.org/10.1007/s11019-022-10122-y).
- **Manzei, Alexandra und Schmiede, Rudi (Hg.) (2014):** 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. DOI: [10.1007/978-3-658-02702-5](https://doi.org/10.1007/978-3-658-02702-5).
- **Marckmann, Georg (2021):** Ökonomisierung im Gesundheitswesen als organisationsethische Herausforderung. In: Ethik in der Medizin 33 (2), S. 189–201. DOI: [10.1007/s00481-021-00642-1](https://doi.org/10.1007/s00481-021-00642-1).
- **Mateo, Camila M. und Williams, David R. (2021):** Racism: A fundamental driver of racial disparities in health-care quality. In: Nature Reviews. Disease Primers 7 (1), S. 20. DOI: [10.1038/s41572-021-00258-1](https://doi.org/10.1038/s41572-021-00258-1).
- **McEwen, Bruce S. (2012):** Brain on stress: How the social environment gets under the skin. In: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 109 (Suppl 2), S. 17180–17185. DOI: [10.1073/pnas.1121254109](https://doi.org/10.1073/pnas.1121254109).
- **McEwen, Bruce S. und Seeman, T. (1999):** Protective and damaging effects of mediators of stress. Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. In: Annals of the New York Academy of Sciences 896, S. 30–47. DOI: [10.1111/j.1749-6632.1999.tb08103.x](https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1999.tb08103.x).

- **McMaughan, Darcy J.; Oloruntoba, Oluyomi und Smith, Matthew L. (2020):** Socioeconomic status and access to healthcare: Interrelated drivers for healthy aging. In: *Frontiers in Public Health* 8, S. 231. DOI: [10.3389/fpubh.2020.00231](https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00231).
- **Mecheril, Paul (2002):** Natio-kulturelle Mitgliedschaft – ein Begriff und die Methode seiner Generierung. In: *Tertium comparationis* 8 (2), S. 104–115.
- **Mecheril, Paul (2009):** „Diversity“. Differenzordnungen und Modi ihrer Verknüpfung. *Heimatkunde*. Migrationspolitisches Portal. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung. Online verfügbar unter: <https://heimatkunde.boell.de/de/2008/07/01/diversity-differenzordnungen-und-modi-ihrer-verknuepfung>.
- **Mecheril, Paul; Mar Castro Varela do, Maria; Dirim, İnci; Kalpaka, Annita und Melter, Claus (2010):** Migrationspädagogik. Bachelor, Master. Weinheim: Beltz.
- **Mecheril, Paul und Mehring, Pawel (2022):** Rassismus im Gesundheitswesen? Klärung, Hintergründe und Folgen. In: *CNE.fortbildung* (15), S. 2–16.
- **Mecheril, Paul; Scherschel, Katrin und Schrödter, Mark (2003):** „Ich möchte halt von dir wissen, wie es ist du zu sein“. Die Wiederholung der alienierenden Zuschreibung durch qualitative Forschung. In: Badawia, Tarek; Hamburger, Franz und Hummrich, Merle (Hg.): *Wider die Ethnisierung einer Generation. Beiträge zur qualitativen Migrationsforschung*. Frankfurt am Main: IKO-Verlag für Interkulturelle Kommunikation, S. 93–110.
- **Medizinischer Fakultätentag (Hg.) (2021):** Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM) 2.0. Online verfügbar unter: <https://nkml.de/zend/menu>.
- **Meyer, Ilan H. (2003):** Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. In: *Psychological Bulletin* 129 (5), S. 674–697. DOI: [10.1037/0033-2909.129.5.674](https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674).
- **Meyer, Katrin (2020):** Geschlecht, Migration und Sicherheit. In: *Freiburger Zeitschrift für GeschlechterStudien* 26 (1-2020), S. 7–15. DOI: [10.3224/fzg.v26i1.01](https://doi.org/10.3224/fzg.v26i1.01).
- **Miles, Robert (1992):** Der Zusammenhang von Rassismus und Nationalismus: Die Perspektive des Vereinigten Königreichs. In: Leiprecht, Rudolf und Miles, Robert (Hg.): *Rassismus und Jugendarbeit. Zur Entwicklung angemessener Begriffe und Ansätze für eine verändernde Praxis (nicht nur) in der Arbeit mit Jugendlichen*. DISS-Studien. Duisburg: Duisburger Institut für Sprach- u. Sozialforschung, S. 20–43.
- **Mills, Charles W. (2008):** White Ignorance. In: Sullivan, Shannon und Tuana, Nancy (Hg.): *Race and epistemologies of ignorance*. SUNY series, philosophy and race. Charlesbourg, Quebec: Braille Jymico Inc, S. 11–38.
- **Minkler, Meredith (2005):** Community-based research partnerships: Challenges and opportunities. In: *Journal of Urban Health* 82 (2 Suppl 2), ii3–ii12. DOI: [10.1093/urban/jti034](https://doi.org/10.1093/urban/jti034).
- **Misoch, Sabina (2019):** Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In: Misoch, Sabina (Hg.): *Qualitative Interviews*. Berlin, Boston: De Gruyter, 245–262. DOI: [10.1515/9783110545982-010](https://doi.org/10.1515/9783110545982-010).
- **Mitchell, David und Snyder, Sharon (2003):** The Eugenic Atlantic: race, disability, and the making of an international Eugenic science, 1800–1945. In: *Disability & Society* 18 (7), S. 843–864.
- **Moll, Ingrid (Hg.) (2016):** *Duale Reihe Dermatologie*. 8. Auflage. Stuttgart: Thieme. Online verfügbar unter: <http://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:bsz:24-epflicht-1930238>.

- **Montgomery, Frank U.; Parsa-Parsi, Ramin W. und Wiesing, Urban (2018):** Das Genfer Gelöbnis des Weltärztebund. In: Ethik Med 30, S. 67–69. Online verfügbar unter: <https://doi.org/10.1007/s00481-018-0471-2>.
- **Moor, Irene; Günther, Sebastian; Knöchelmann, Anja; Hoebel, Jens; Pförtner, Timo-Kolja; Lampert, Thomas und Richter, Matthias (2018):** Educational inequalities in subjective health in Germany from 1994 to 2014: A trend analysis using the german socio-economic panel study (Gsoep). In: BMJ Open 8 (6). DOI: [10.1136/bmjopen-2017-019755](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019755).
- **Moran, Valerie; Suhrcke, Marc; Ruiz-Castell, Maria; Barré, Jessica und Huiart, Laetitia (2021):** Investigating unmet need for healthcare using the European health interview survey: A cross-sectional survey study of Luxembourg. In: BMJ Open 11 (8). DOI: [10.1136/bmjopen-2021-048860](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-048860).
- **Morello-Frosch, Rachel und Lopez, Russ (2006):** The riskscape and the color line: Examining the role of segregation in environmental health disparities. In: Environmental Research 102 (2), S. 181–196. DOI: [10.1016/j.envres.2006.05.007](https://doi.org/10.1016/j.envres.2006.05.007).
- **Mroczynski, Robert (2017):** Zum Begriff „Patient mit Migrationshintergrund“ im medizinischen Diskurs. Eine gesprächslinguistische Analyse. In: Bechmann, Sascha; Gröhe, Hermann; Grönemeyer, Dietrich und Hirschhausen, Eckart von (Hg.): Sprache und Medizin. Interdisziplinäre Beiträge zur medizinischen Sprache und Kommunikation. Forum für Fachsprachen-Forschung 138. Berlin: Frank & Timme, S. 91–100.
- **Muhammad; Michael; Garzón, Catalina und Reyes, Angela (2018):** The west oakland environmental indicators project. Understanding contemporary racism, power, and privilege and their impacts on cbpr. In: Wallerstein, Nina; Duran, Bonnie; Oetzel, John und Minkler, Meredith (Hg.): Community-based participatory research for health. Advancing social and health equity. San Francisco, CA: Jossey-Bass, S. 47–59.
- **Müller, Philip C. und Turina, Matthias (2021):** Effekt von Behandlungsverzögerungen auf die Mortalität von Krebserkrankungen: systematische Übersicht und Metaanalyse. In: Schweizer Gastroenterologie 2 (2), S. 76–78. DOI: [10.1007/s43472-021-00041-3](https://doi.org/10.1007/s43472-021-00041-3).
- **Nadal, Kevin L.; Wong, Yinglee; Griffin, Katie E.; Davidoff, Kristin und Sriken, Julie (2014):** The Adverse Impact of Racial Microaggressions on College Students' Self-Esteem. In: Journal of College Student Development 55 (5), S. 461–474. DOI: [10.1353/csd.2014.0051](https://doi.org/10.1353/csd.2014.0051).
- **Nash, Jennifer C. (2019):** Black feminism reimaged. After intersectionality. Next wave: new directions in women's studies. Durham: Duke University Press. Online verfügbar unter: <https://www.degruyter.com/isbn/9781478002253>. DOI: [10.1515/9781478002253](https://doi.org/10.1515/9781478002253).
- **Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (Hg.) (2023):** Rassismusforschung I. Theoretische und interdisziplinäre Perspektiven. Gesellschaft der Unterschiede 73. Bielefeld: transcript.
- **Nazroo, James Y.; Bhui, Kamaldeep S. und Rhodes, James (2020):** Where next for understanding race/ethnic inequalities in severe mental illness? Structural, interpersonal and institutional racism. In: Sociology of health & illness 42 (2), S. 262–276. DOI: [10.1111/1467-9566.13001](https://doi.org/10.1111/1467-9566.13001).
- **Netz gegen Rassismus (2009):** Gemeinsame Erklärung von Nichtregierungsorganisationen zum Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Bekämpfung von Rassismus, Rassendiskriminierung, Fremdenfeindlichkeit, Antisemitismus und darauf bezogene Intoleranz (NAPgR). Online verfügbar unter: <https://www.netz-gegen-rassismus.de/files/pdf/Stellungnahmen/Gemeinsame-Erklaerung-NAP.pdf>.

- **Netz gegen Rassismus (Hg.) (2016):** Zivilgesellschaftliche Anforderungen an einen Nationalen Aktionsplan gegen Rassismus und Homo- und Transphobie.
- **Nguyen, Tien und Puhmann, Francesca (2023):** Wissenschaftlicher Rassismus in den Natur- und Lebenswissenschaften: Geschichte und Gegenwart. In: Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (Hg.): Rassismusforschung I. Theoretische und interdisziplinäre Perspektiven. Gesellschaft der Unterschiede 73. Bielefeld: transcript, S. 169–189.
- **Nix, Justin; Campbell, Bradley A.; Byers, Edward H. und Alpert, Geoffrey P. (2017):** A bird's eye view of civilians killed by police in 2015. In: *Criminology & Public Policy* 16 (1), S. 309–340. DOI: [10.1111/1745-9133.12269](https://doi.org/10.1111/1745-9133.12269).
- **Nohl, Arnd-Michael und Ofner, Ulrike S. (2010):** Migration and ethnicity in documentary interpretation. Perspectives from a project on highly qualified migrants. In: Bohnsack, Ralf; Pfaff, Nicolle und Weller, Wivian (Hg.): *Qualitative analysis and documentary method in international educational research*. Opladen, Farmington Hills, MI: Barbara Budrich, S. 237–264.
- **Nowak, Anna C. und Hornberg, Claudia (2022):** Erfahrungen von Menschen mit Fluchtgeschichte bei der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in Deutschland – Erkenntnisse einer qualitativen Studie. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. Vorab-Onlinepublikation. DOI: [10.1007/s00103-022-03614-y](https://doi.org/10.1007/s00103-022-03614-y).
- **OECD (2023):** What Is the Best Country for Global Talents in the OECD? OECD Policy Brief. *Migration Policy Debates* 29.
- **Olczyk, Melanie; Will, Gisela und Kristen, Cornelia (2014):** Personen mit Zuwanderungshintergrund im NEPS: Zur Bestimmung von Generationenstatus und Herkunftsgruppe. NEPS Working Paper No. 41b. Bamberg: Leibniz-Institut für Bildungsverläufe, Nationales Bildungspanel.
- **O'Mara-Eves, Alison; Brunton, Ginny; Oliver, Sandy; Kavanagh, Josephine; Jamal, Farah und Thomas, James (2015):** The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: A meta-analysis. In: *BMC Public Health* 15, S. 129. DOI: [10.1186/s12889-015-1352-y](https://doi.org/10.1186/s12889-015-1352-y).
- **Ooms, G.; Keygnaert, I. und Hammonds, R. (2019):** The right to health: From citizen's right to human right (And back). In: *Public Health* 172, S. 99–104. DOI: [10.1016/j.puhe.2019.01.019](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2019.01.019).
- **Ortiz, Kasim; Nash, Jacob; Shea, Logan; Oetzel, John; Garoutte, Justin; Sanchez-Youngman, Shannon und Wallerstein, Nina (2020):** Partnerships, processes, and outcomes: A health equity-focused scoping meta-review of community-engaged scholarship. In: *Annual Review of Public Health* 41, S. 177–199. DOI: [10.1146/annurev-publhealth-040119-094220](https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040119-094220).
- **Osterhammel, Jürgen (1998):** Die Entzauberung Asiens. Europa und die asiatischen Reiche im 18. Jahrhundert. C. H. Beck Kulturwissenschaft. München: Beck. Online verfügbar unter: <http://www.h-net.org/reviews/showrev.php?id=18432>.
- **Palladino, Raffaele; Tayu Lee, John; Ashworth, Mark; Triassi, Maria und Millett, Christopher (2016):** Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: Evidence from 16 European countries. In: *Age and ageing* 45 (3), S. 431–435. DOI: [10.1093/ageing/afw044](https://doi.org/10.1093/ageing/afw044).
- **Palokat, Jan und Poth, Attila (2022):** Krieg in der Ukraine: Schwarze Menschen an Flucht gehindert? In: *tagesschau*, 08.06.2022. Online verfügbar unter: <https://www.tagesschau.de/faktenfinder/ukraine-rassismusvorwurf-101.html>, zuletzt geprüft am 15.09.2023.

- **Panagiotidis, Jannis und Petersen, Hans-Christian (2023):** Expertise: Antiosteuropäischer und antislawischer Rassismus. Online verfügbar unter: <https://mediendienst-integration.de/artikel/antislawischer-und-antiosteuropaeischer-rassismus.html>, zuletzt geprüft am 15.09.2023.
- **Paradies, Yin; Ben, Jehonathan; Denson, Nida; Elias, Amanuel; Priest, Naomi; Pieterse, Alex; Gupta, Arpana; Kelaher, Margaret und Gee, Gilbert (2015):** Racism as a determinant of health: A systematic review and meta-analysis. In: PloS One 10 (9), e0138511. DOI: [10.1371/journal.pone.0138511](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511).
- **Paradies, Yin; Truong, Mandy und Priest, Naomi (2014):** A systematic review of the extent and measurement of healthcare provider racism. In: Journal of General Internal Medicine 29 (2), S. 364–387. DOI: [10.1007/s11606-013-2583-1](https://doi.org/10.1007/s11606-013-2583-1).
- **Pascoe, Elizabeth A. und Smart Richman, Laura (2009):** Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. In: Psychological Bulletin 135 (4), S. 531–554. DOI: [10.1037/a0016059](https://doi.org/10.1037/a0016059).
- **Penning, Verena und Razum, Oliver (2021):** Covid-19: Sammelunterkünfte für Geflüchtete und Kasernen im Vergleich. In: Public Health Forum 29 (1), S. 19–21. DOI: [10.1515/pubhef-2020-0111](https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0111).
- **Perinelli, Massimo (2022):** Umkämpftes Erinnern. Für eine migrantisch situierte Geschichtsschreibung. In: APuZ (Aus Politik und Zeitgeschichte) 72 (49–50), S. 21–26.
- **Pfündel, Katrin; Stichs, Anja und Tanis, Kerstin (2021):** Muslimisches Leben in Deutschland. Studie im Auftrag der Deutschen Islam Konferenz. Forschungsbericht 38. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Online verfügbar unter: https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Forschungsberichte/fb38-muslimisches-leben.pdf?__blob=publicationFile&v=15, zuletzt geprüft am 27.09.2023.
- **Phelan, Jo C. und Link, Bruce G. (2015):** Is Racism a Fundamental Cause of Inequalities in Health? In: Annual Review of Sociology 41 (1), S. 311–330. DOI: [10.1146/annurev-soc-073014-112305](https://doi.org/10.1146/annurev-soc-073014-112305).
- **Pierce, Chester M. (1970):** Offensive Mechanisms. In: Barbour, Floyd B. (Hg.): The Black Seventies. Porter Sargent Publisher, S. 265–282.
- **Pieterse, Alex L.; Todd, Nathan R.; Neville, Helen A. und Carter, Robert T. (2012):** Perceived racism and mental health among black American adults: A meta-analytic review. In: Journal of Counseling Psychology 59 (1), S. 1–9. DOI: [10.1037/a0026208](https://doi.org/10.1037/a0026208).
- **Plaga, Corinne (2020):** „Ich bin kein Virus“: Mit der Verbreitung des Coronavirus wächst der Rassismus gegenüber Asiaten. In: NZZ, 04.02.2020. Online verfügbar unter: <https://www.nzz.ch/panorama/ich-bin-kein-virus-mit-der-verbreitung-des-coronavirus-waechst-der-rassismus-gegenueber-chinesen-ld.1538423>, zuletzt geprüft am 18.07.2021.
- **Plümecke, Tino (2014):** Rasse in der Ära der Genetik. Die Ordnung des Menschen in den Lebenswissenschaften. Verkörperungen/MatteRealities – Perspektiven empirischer Wissenschaftsforschung v.19. Bielefeld: transcript. Online verfügbar unter: <https://ebook-central.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=1914029>.
- **Plümecke, Tino; Supik, Linda und Will, Ann-Kathrin (2021):** Rassismus in der Pandemie. Unterschiedliche Sterbearten im Zusammenhang mit Covid-19. Berlin: Mediendienst Integration. Online verfügbar unter: https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Expertise_Rassismus_Uebersterblichkeit_Covid_19_Will_Supik_Pluemecke_FINAL.pdf.

- **Polat, Serpil (2013):** Ethnizität revisited: Zur Bedeutung von Lebensvorstellungen im Kontext transnationaler Biographisierungen. In: Pusch, Barbara (Hg.): Transnationale Migration am Beispiel Deutschland und Türkei. Wiesbaden: Springer VS, S. 197–213.
- **Polat, Serpil und Wienand, Carmen (2014):** Ceci n'est pas UN*e migrant*in – Repräsentation, Migration und (Auto-)Biografie. In: Aced, Miriam (Hg.): Migration, Asyl und (Post-)Migrantische Lebenswelten in Deutschland. Bestandsaufnahme und Perspektiven migrationspolitischer Praktiken. Studien zu Migration und Minderheiten, Band 29. Berlin: LIT, S. 157–176.
- **Poutrus, Patrice (2004):** Zuflucht im Ausreiseland. Zur Geschichte des politischen Asyls in der DDR. In: Weber, Hermann (Hg.): Jahrbuch für Historische Kommunismusforschung. Berlin: Aufbau, S. 355–378.
- **Poutrus, Patrice (2009):** Zuflucht im Nachkriegsdeutschland. Politik und Praxis der Flüchtlingsaufnahme in Bundesrepublik und DDR von den späten 1940er bis zu den 1970er Jahren Germany. In: Geschichte und Gesellschaft – Zeitschrift für historische Sozialwissenschaft 35 (1), S. 135–175.
- **Poutrus, Patrice (2019):** Umkämpftes Asyl. Vom Nachkriegsdeutschland bis in die Gegenwart. Reihe Politik. Berlin: Ch. Links Verlag.
- **Prenzel, Thomas (2015):** Ausschreitungen von Rostock-Lichtenhagen. In: Fischer, Torben und Lorenz, Matthias N. (Hg.): Lexikon der „Vergangenheitsbewältigung“ in Deutschland. Debatten- und Diskursgeschichte des Nationalsozialismus nach 1945. 3. Auflage. Bielefeld, Berlin: transcript, S. 307–309.
- **Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (2020):** Maßnahmenkatalog des Kabinettsausschusses zur Bekämpfung von Rechtsextremismus und Rassismus. Berlin: Bundesregierung. Online verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1819984/4f1f9683cf3faddf90e27f09c692abed/2020-11-25-massnahmen-rechts-extremi-data.pdf?download=1>, zuletzt geprüft am 25.04.2023.
- **Priebe, Manon (2020):** Vorurteile wegen Coronavirus: „Das ist Rassismus“. In: FAZ. Online verfügbar unter: <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/coronavirus/vorurteile-wegen-coronavirus-das-ist-rassismus-16620493.html>, zuletzt geprüft am 18.07.2021.
- **Priest, Naomi; Perry, Ryan; Ferdinand, Angeline; Paradies, Yin und Kelaher, Margaret (2014):** Experiences of racism, racial/ethnic attitudes, motivated fairness and mental health outcomes among primary and secondary school students. In: Journal of youth and adolescence 43 (10), S. 1672–1687. DOI: 10.1007/s10964-014-0140-9.
- **Pütz, Robert; Kontos, Maria; Larsen, Christa; Rand, Sigrid und Ruokonen-Engler, Minna-Kristiina (2019):** Betriebliche Integration von Pflegekräften aus dem Ausland. Innenansichten zu Herausforderungen globalisierter Arbeitsmärkte. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung. Online verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_416.pdf, zuletzt geprüft am 27.07.2023.
- **Pyke, Karen D. (2010):** What is Internalized Racial Oppression and Why Don't We Study It? Acknowledging Racism's Hidden Injuries. In: Sociological Perspectives 53 (4), S. 551–572. DOI: 10.1525/sop.2010.53.4.551.
- **Quent, Matthias; Richter, Christoph und Salheiser, Axel (2022):** Klimarrassismus. Der Kampf der Rechten gegen die ökologische Wende. München: Piper.

- **Quintal, Carlota; Moura Ramos, Luis; Antunes, Micaela und Lourenço, Óscar (2023):** Unmet healthcare needs among the population aged 50+ and their association with health outcomes during the covid-19 pandemic. In: *European Journal of Ageing* 20 (1), S. 12. DOI: [10.1007/s10433-023-00758-x](https://doi.org/10.1007/s10433-023-00758-x).
- **Radtke, Frank-Olaf (1998):** Lob der Gleichgültigkeit. Zur Konstruktion des Fremden im Diskurs des Multikulturalismus. In: Bielefeld, Ulrich (Hg.): *Das Eigene und das Fremde. Neuer Rassismus in der Alten Welt?* Hamburg: Hamburger Ed, S. 76–96.
- **Rausch, Dorothea; Hotait, Nader und Beigang, Steffen (2021):** Reaktionsmöglichkeiten bei Rassismus. Die Bedeutung von Kontextfaktoren für Handlungsstrategien bei rassistischer Diskriminierung. DeZIM Projekt Report 4. Berlin: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM). Online verfügbar unter: https://www.dezim-institut.de/fileadmin/user_upload/Demo_FIS/publikation_pdf/FA-5267.pdf.
- **Riegel, Christine (2016):** Bildung – Intersektionalität – Othering. Pädagogisches Handeln in widersprüchlichen Verhältnissen. Pädagogik. Bielefeld: transcript Verlag. Online verfügbar unter: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=1237916>.
- **Rind, Esther; Reime, Birgit und Weidmann, Christian (2022):** Rural health / Gesundheit im ländlichen Raum. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*.
- **Robert Koch-Institut (2020):** Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin. Online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Gesundheitliche_Lage_der_Frauen_2020.pdf?__blob=publicationFile.
- **Robert Koch-Institut (2022):** Handreichung zu diskriminierungssensibler Sprache rund um Migration und Gesundheit. Berlin. Online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/M/Migration_Gesundheit/Handreichung.html, zuletzt geprüft am 11.09.2023.
- **Roche, Brenda; Guta, Adrian und Flicker, Sarah (2010):** Peer Research in Action I. Models of Practice. Community Based Research Working Paper Series. Toronto: Wellesley Institute.
- **Röder, Antje und Mühlau, Peter (2012):** What determines the trust of immigrants in criminal justice institutions in europe? In: *European Journal of Criminology* 9 (4), S. 370–387. DOI: [10.1177/1477370812447265](https://doi.org/10.1177/1477370812447265).
- **Roldán Mendivil, Eleonora und Sarbo, Bafta (Hg.) (2022):** Die Diversität der Ausbeutung. Zur Kritik des herrschenden Antirassismus. Analysen. 2. Auflage. Berlin: Dietz.
- **Rommel, Alexander und Prütz, Franziska (2017):** Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung in Deutschland. Robert Koch-Institut. DOI: [10.17886/RKI-GBE-2017-116](https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-116).
- **Rommelpacher, Birgit (2009):** Was ist eigentlich Rassismus? In: Melter, Claus und Mecheril, Paul (Hg.): *Rassismuskritik 1. Rassismustheorie und -forschung. Politik und Bildung* 47. Schwalbach/Ts.: Wochenschau Verlag, S. 25–38.
- **Röttger, Julia; Blümel, Miriam; Köppen, Julia und Busse, Reinhard (2016):** Forgone care among chronically ill patients in Germany-results from a cross-sectional survey with 15,565 individuals. In: *Health Policy* 120 (2), S. 170–178. DOI: [10.1016/j.healthpol.2016.01.004](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.004).

- **Ruland, Michael; Link, Sebastian; Malina, Aneta und Fahrenholz, Moritz (2023):** Methodenbericht. Aufbau eines Online-Access-Panels und Erstbefragung im Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa). Bonn: infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH.
- **Russo, Jasna (2020):** Survivor-controlled research: A new foundation for thinking about psychiatry and mental health. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Research 13 (1). DOI: [10.17169/fqs-13.1.1790](https://doi.org/10.17169/fqs-13.1.1790).
- **Ryn, Michelle van; Burgess, Diana J.; Dovidio, John F.; Phelan, Sean M.; Saha, Somnath; Malat, Jennifer; Griffin, Joan M.; Fu, Steven S. und Perry, Sylvia (2011):** The impact of racism on clinician cognition, behavior, and clinical decision making. In: Du Bois Review 8 (1), S. 199–218. DOI: [10.1017/S1742058X11000191](https://doi.org/10.1017/S1742058X11000191).
- **Said, Edward W. (1978):** Orientalism. 1. Auflage. London: Routledge and Kegan Paul.
- **Said, Edward W. (2014):** Orientalism. 25. Auflage. New York: Vintage Books Edition. Online verfügbar unter: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=5337468>.
- **Salentin, Kurt (2014):** Sampling the ethnic minority population in Germany. The background to „migration background“. In: Methods, Data, Analyses 8 (1). DOI: [10.12758/mda.2014.002](https://doi.org/10.12758/mda.2014.002).
- **Samulowitz, Anke; Gremyr, Ida; Eriksson, Erik und Hensing, Gunnel (2018):** „Brave men“ and „emotional women“: A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. In: Pain research & management 2018, S. 6358624. DOI: [10.1155/2018/6358624](https://doi.org/10.1155/2018/6358624).
- **Sauerland, D.; Kuchinke, B. und Wübker, A. (2009):** Warten gesetzlich Versicherte länger? Zum Einfluss des Versichertenstatus auf den Zugang zu medizinischen Leistungen im stationären Sektor. In: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 14 (2), S. 86–94. DOI: [10.1055/s-2008-1027749](https://doi.org/10.1055/s-2008-1027749).
- **Savitt, Todd L. (1982):** The use of blacks for medical experimentation and demonstration in the old south. In: The Journal of Southern History 48 (3), S. 331–348.
- **Scherr, Albert; Janz, Caroline und Müller, Stefan (2015):** Diskriminierung in der beruflichen Bildung. Wie migrantische Jugendliche bei der Lehrstellenvergabe benachteiligt werden. Bildung und Gesellschaft. Wiesbaden: Springer VS.
- **Scherschel, Karin (2015):** Rassismus als flexible symbolische Ressource. Eine Studie über rassistische Argumentationsfiguren. Kultur und soziale Praxis,. Bielefeld: transcript Verlag.
- **Schieber, Anne-Cécile; Delpierre, Cyrille; Lepage, Benoît; Afrite, Anissa; Pascal, Jean; Cases, Chantal; Lombrail, Pierre; Lang, Thierry und Kelly-Irving, Michelle (2014):** Do gender differences affect the doctor-patient interaction during consultations in general practice? Results from the intermede study. In: Family Practice 31 (6), S. 706–713. DOI: [10.1093/fampra/cmu057](https://doi.org/10.1093/fampra/cmu057).
- **Schiefer, David und Noll, Jolanda van der (2017):** The Essentials of Social Cohesion: A Literature Review. In: Social Indicators Research 132 (2), S. 579–603. DOI: [10.1007/s11205-016-1314-5](https://doi.org/10.1007/s11205-016-1314-5).
- **Schmersahl, Katrin (1998):** Medizin und Geschlecht. Zur Konstruktion der Kategorie Geschlecht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts. Sozialwissenschaftliche Studien, Schriftenreihe der Institute Politische Wissenschaft, Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, Soziologie 36. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. DOI: [10.1007/978-3-322-97404-4](https://doi.org/10.1007/978-3-322-97404-4).

- **Schnee, Melanie (2014):** Ökonomisierung in der ambulanten Versorgung. In: Manzei, Alexandra und Schmiede, Rudi (Hg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 141–154. DOI: [10.1007/978-3-658-02702-5_6](https://doi.org/10.1007/978-3-658-02702-5_6).
- **Schödwell, Steffen; Savin, Mihaela; Lauke, Anke; Abels, Ingar; Abdel-Fatah, Dana; Penka, Simone und Kluge, Ulrike (2022):** Strukturelle Diskriminierung und Rassismus in der Krankenhausversorgung: die Rolle ökonomischer Rahmenbedingungen in der interkulturellen Öffnung. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. Vorab-Onlinepublikation. DOI: [10.1007/s00103-022-03615-x](https://doi.org/10.1007/s00103-022-03615-x).
- **Schouten, Barbara C. und Meeuwesen, Ludwien (2006):** Cultural differences in medical communication: A review of the literature. In: Patient education and counseling 64 (1–3), S. 21–34. DOI: [10.1016/j.pec.2005.11.014](https://doi.org/10.1016/j.pec.2005.11.014).
- **Schug, Joanna; Alt, Nicholas P. und Klauer, Karl C. (2015):** Gendered race prototypes: Evidence for the non-prototypicality of Asian men and Black women. In: Journal of Experimental Social Psychology 56, S. 121–125. DOI: [10.1016/j.jesp.2014.09.012](https://doi.org/10.1016/j.jesp.2014.09.012).
- **Schug, Joanna; Alt, Nicholas P.; Lu, Philip S.; Gosin, Monika und Fay, Jennifer L. (2017):** Gendered race in mass media: Invisibility of Asian men and Black women in popular magazines. In: Psychology of Popular Media Culture 6 (3), S. 222–236. DOI: [10.1037/ppm0000096](https://doi.org/10.1037/ppm0000096).
- **Schüler-Springorum, Stefanie (2018):** Das Abendland: christlich, jüdisch und auch ein bisschen islamisch? Anmerkungen zu einer seltsamen Debatte. In: Keskinikliç, Ozan Z. und Langer, Armin (Hg.): Fremdgemacht & reorientiert. Jüdisch-muslimische Verflechtungen. Berlin: Yılmaz-Günay, S. 131–146.
- **Schulman, K. A.; Berlin, J. A.; Harless, W.; Kerner, J. F.; Sistrunk, S.; Gersh, B. J.; Dubé, R.; Taleghani, C. K.; Burke, J. E.; Williams, S.; Eisenberg, J. M. und Escarce, J. J. (1999):** The effect of race and sex on physicians' recommendations for cardiac catheterization. In: The New England Journal of Medicine 340 (8), S. 618–626. DOI: [10.1056/NEJM199902253400806](https://doi.org/10.1056/NEJM199902253400806).
- **Schunck, Reinhard; Reiss, Katharina und Razum, Oliver (2015):** Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: Evidence from a large national panel survey in Germany. In: Ethnicity & health 20 (5), S. 493–510. DOI: [10.1080/13557858.2014.932756](https://doi.org/10.1080/13557858.2014.932756).
- **Schwarz, Betje; Markin, Klara; Salman, Ramazan und Gutenbrunner, Christoph (2012):** Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Rehabilitation 54 (6), S. 362–368.
- **Scott, Penelope; Unger, Hella von und Odukoya, Dennis (2017):** A tale of two diseases: Discourses on TB, HIV/AIDS and im/migrants and ethnic minorities in the United Kingdom. In: Social Theory & Health 15 (3), S. 261–284. DOI: [10.1057/s41285-017-0026-5](https://doi.org/10.1057/s41285-017-0026-5).
- **Seeman, T. E.; McEwen, Bruce S.; Rowe, J. W. und Singer, B. H. (2001):** Allostatic load as a marker of cumulative biological risk: Macarthur studies of successful aging. In: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 98 (8), S. 4770–4775. DOI: [10.1073/pnas.081072698](https://doi.org/10.1073/pnas.081072698).
- **Sequeira, Dileta F. (2015):** Gefangen in der Gesellschaft – Alltagsrassismus in Deutschland. Rassismuskritisches Denken und Handeln in der Psychologie. Marburg: Tectum.
- **Shao, Kimberly und Feng, Hao (2022):** Racial and ethnic healthcare disparities in skin cancer in the united states: A review of existing inequities, contributing factors, and potential solutions. In: The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology 15 (7), S. 16–22.

- **Shin, Richard Q.; Smith, Lance C.; Welch, Jamie C. und Ezeofor, Ijeoma (2016):** Is Allison more likely than Lakisha to receive a callback from counseling professionals? A racism audit study. In: *The Counseling Psychologist* 44 (8), S. 1187–1211. DOI: [10.1177/0011000016668814](https://doi.org/10.1177/0011000016668814).
- **Shooman, Yasemin (Hg.) (2014):** „... weil ihre Kultur so ist“. Narrative des antimuslimischen Rassismus. Bielefeld: transcript. DOI: [10.1515/transcript.9783839428665](https://doi.org/10.1515/transcript.9783839428665).
- **Sinanoglu, Cihan und Polat, Serpil (2023):** Rassismusforschung in Bewegung: Rassismus – ein neues altes Thema? In: *Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (Hg.): Rassismusforschung I. Theoretische und interdisziplinäre Perspektiven*. Gesellschaft der Unterschiede 73. Bielefeld: transcript, S. 7–22.
- **Siouti, Irini; Spies, Tina; Tuidar, Elisabeth; Unger, Hella von und Yildiz, Erol (Hg.) (2022):** Othering in der postmigrantischen Gesellschaft. Bielefeld: transcript Verlag. DOI: [10.1515/9783839463086](https://doi.org/10.1515/9783839463086).
- **Skogan, Wesley G. (2006):** Asymmetry in the Impact of Encounters with Police. In: *Policing and Society* 16 (2), S. 99–126. DOI: [10.1080/10439460600662098](https://doi.org/10.1080/10439460600662098).
- **Smith, Linda T. (2022):** Decolonizing methodologies. Research and indigenous peoples. London, New York, Oxford, New Delhi, Sydney: Bloomsbury Academic.
- **Sökefeld, Martin (2007):** Problematische Begriffe: „Ethnizität“, „Rasse“, „Kultur“, „Minderheit“. In: Schmidt-Lauber, Brigitta (Hg.): *Ethnizität und Migration. Einführung in Wissenschaft und Arbeitsfelder*. Reimer Kulturwissenschaften. Berlin: Reimer, S. 31–50.
- **Spallek, Jacob und Razum, Oliver (2016):** Migration und Gesundheit. In: Richter, Matthias und Hurrelmann, Klaus (Hg.): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer VS, S. 153–166.
- **Spanierman, Lisa B. und Clark, D. A. (2023):** Racial Microaggressions: Empirical Research that Documents Targets' Experiences. In: *Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (Hg.): Rassismusforschung I. Theoretische und interdisziplinäre Perspektiven*. Gesellschaft der Unterschiede 73. Bielefeld: transcript, S. 231–249.
- **SPD, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, FDP (2021):** Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP).
- **Spielhaus, Riem (2011):** Wer ist hier Muslim? Die Entwicklung eines islamischen Bewusstseins in Deutschland zwischen Selbstidentifikation und Fremdzuschreibung. *Muslimische Welten*, Bd. 3. Würzburg: Ergon Verlag.
- **Spivak, Gayatri C. (1985):** The Rani of Sirmur: An Essay in Reading the Archives. In: *History and Theory* 24 (3), S. 247. DOI: [10.2307/2505169](https://doi.org/10.2307/2505169).
- **Spivak, Gayatri C. (1988):** Can the subaltern speak? In: Nelson, Cary (Hg.): *Marxism and the interpretation of culture*. 8. Auflage. Urbana (Ill.): Univ. of Illinois Press, S. 271–316.
- **Spura, Anke; Kleinke, Matthias; Robra, Bernt-Peter und Ladebeck, Nadine (2017):** Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 60 (4), S. 462–470. DOI: [10.1007/s00103-017-2525-x](https://doi.org/10.1007/s00103-017-2525-x).
- **Stary, Vera (2019):** Morbus mediterraneus und Co.: Geheimbegriffe der Ärzte erklärt. In: *Focus online*, 28.01.2019. Online verfügbar unter: https://praxistipps.focus.de/morbus-mediterraneus-und-co-geheimbegriffe-der-aerzte-erklart_107537, zuletzt geprüft am 29.09.2023.

- **Stephan, Cookie W. und Stephan, Walter G. (2000):** The measurement of racial and ethnic identity. In: *International Journal of Intercultural Relations* 24 (5), S. 541–552. DOI: [10.1016/S0147-1767\(00\)00016-X](https://doi.org/10.1016/S0147-1767(00)00016-X).
- **Steyerl, Hito und Gutiérrez Rodríguez, Encarnación (Hg.) (2012):** Spricht die Subalterne deutsch? Migration und postkoloniale Kritik. Münster: Unrast Verlag.
- **Suda, Kimiko und Köhler, Jonas (i. E.):** Antiasiatischer Rassismus und Corona in Deutschland. Hintergründe, Kontexte und empirische Ergebnisse. NaDiRa-Fokusbericht 1. Berlin: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM).
- **Sue, Derald W.; Capodilupo, Christina M.; Torino, Gina C.; Bucceri, Jennifer M.; Holder, Aisha M. B.; Nadal, Kevin L. und Esquilin, Marta (2007):** Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. In: *The American psychologist* 62 (4), S. 271–286. DOI: [10.1037/0003-066X.62.4.271](https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271).
- **Supik, Linda (2022):** Migration erklärt so wenig. Für eine statistisch eindeutige und separate Erfassung von Migration, Zugehörigkeit und Rassismus [RfM-Debatte]. Online verfügbar unter: <https://rat-fuer-migration.de/2022/09/08/migration-erklart-so-wenig-fuer-eine-statistisch-eindeutige-und-separate-erfassung-von-migration-zugehoerigkeit-und-rassismus/>, zuletzt geprüft am 26.11.2022.
- **Terkessidis, Mark (2004):** Die Banalität des Rassismus. Migranten zweiter Generation entwickeln eine neue Perspektive. Kultur und soziale Praxis. Bielefeld: transcript. Online verfügbar unter: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=4347908>.
- **Thompson, Vanessa E. (2022):** Rassistisches Polizieren. Erfahrungen, Umgangsweisen und Interventionen. In: Hunold, Daniela und Singelstein, Tobias (Hg.): *Rassismus in der Polizei. Eine wissenschaftliche Bestandaufnahme*. Wiesbaden: Springer VS. DOI: [10.1007/978-3-658-37133-3_20](https://doi.org/10.1007/978-3-658-37133-3_20), S. 427–444.
- **Thüringer Landtag (2019):** Bericht des Untersuchungsausschusses 6/1 „Rechtsterrorismus und Behördenhandeln“.
- **TransVer (2022):** Positionspapier. Zur Aufnahme von Sprachmittlung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bzw. ins SGB V. Online verfügbar unter: <https://transver-berlin.de/sprachmittlung-im-leistungskatalog-der-gesetzlichen-krankenkassen/>, zuletzt geprüft am 13.09.2023.
- **Traußneck, Matti (2023):** Intersektionalität: Begriffliche Annäherungen an eine vielschichtige Debatte. In: *Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (Hg.): Rassismusforschung I. Theoretische und interdisziplinäre Perspektiven*. Gesellschaft der Unterschiede 73. Bielefeld: transcript, S. 101–128.
- **Tsianos, Vassilis (2020):** Vom Andauern der ‚Rasse‘ als Drohwort in der Rassismuskritik. In: Lingen-Ali, Ulrike und Mecheril, Paul (Hg.): *Geschlechterdiskurse in der Migrationsgesellschaft*. Zu „Rückständigkeit“ und „Gefährlichkeit“ der Anderen. Bielefeld: transcript, S. 85–118.
- **Tyler, Tom R. (2005):** Policing in black and white: Ethnic group differences in trust and confidence in the police. In: *Police Quarterly* 8 (3), S. 322–342. DOI: [10.1177/1098611104271105](https://doi.org/10.1177/1098611104271105).
- **Tyler, Tom R. und Wakslak, Cheryl J. (2004):** Profiling and police legitimacy: Procedural justice, attributions of motive, and acceptance of police authority. In: *Criminology* 42 (2), S. 253–282. DOI: [10.1111/j.1745-9125.2004.tb00520.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2004.tb00520.x).
- **Unabhängiger Expertenkreis Muslimfeindlichkeit (2023):** Muslimfeindlichkeit – Eine deutsche Bilanz. Berlin: Bundesministerium des Innern und für Heimat. Online verfügbar

unter: https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/themen/heimat-integration/BMI23006-muslimfeindlichkeit.pdf?__blob=publicationFile&v=9.

- **Unger, Hella von (2014):** Partizipative Forschung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-658-01290-8.
- **Unger, Hella von; Odukoya, Dennis und Scott, Penelope (2016):** Kategorisierung als diskursive Praktik: Die Erfindung der „Ausländer-Tuberkulose“. In: Bosancic, Sasa und Keller, Reiner (Hg.): Perspektiven wissenssoziologischer Diskursforschung. SpringerLink Bücher. Wiesbaden: Springer VS. DOI: 10.1007/978-3-658-13610-9_9, S. 157–176.
- **Universität zu Köln (2020):** Rassismuskritische Beratung für Mitarbeiter*innen. Online verfügbar unter: <https://vielfalt.uni-koeln.de/rassismuskritik/rassismuskritische-beratung>, zuletzt geprüft am 11.09.2023.
- **Veit, Susanne (2020):** Feldexperimentelle Forschung zu ethnischer Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt. In: Genkova, Petia; Ringeisen, Tobias und Leong, Frederick T. (Hg.): Handbuch Stress und Kultur. Wiesbaden: Springer VS, S. 1–22.
- **Velho, Astride (2010):** Un-/Tiefen der Macht: Auswirkungen von Rassismuserfahrungen auf die Gesundheit, das Befinden und die Subjektivität. Ansätze für eine reflexive Berufspraxis. München: Antidiskriminierungsstelle für Menschen mit Migrationshintergrund (AMIGRA). Online verfügbar unter: https://www.elina-marmer.com/wp-content/uploads/2014/02/fachtagung_alltagsrassismus.pdf.
- **Velho, Astride (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 Kranker; AntiDiskriminierungsbüro (ADB) Köln; AWO Kreisverband Bonn / Rhein-Sieg e. V.; Landschaftsverband Rheinland; Sozialpsychiatrische Kompetenzzentren Migration, S. 10–25.
- **VERBI Software (2021).** MAXQDA 2022 [Computer software]. Berlin. Online verfügbar unter: maxqda.com.
- **Verein Bildung & Publizistik (Hg.) (2022):** Lichtenhagen, Halle, Hanau – Erinnern heißt Kämpfen! Rechter Rand. Das Antifaschistische Magazin 33 (197) [Sonderheft].
- **Vereinte Nationen (1948):** Resolution der Generalversammlung. 217 A (III). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR). Online verfügbar unter: <https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>.
- **Vereinte Nationen (2001):** Weltkonferenz gegen Rassismus, Rassendiskriminierung, Fremdenfeindlichkeit und damit zusammenhängende Intoleranz. Durban: Vereinte Nationen. Online verfügbar unter: <https://www.un.org/depts/german/conf/ac189-12.pdf>, zuletzt geprüft am 25.04.2023.
- **Vereinte Nationen (2014):** Resolution der Generalversammlung, verabschiedet am 18. November 2014. Aktivitätenprogramm für die Durchführung der Internationalen Dekade der Menschen afrikanischer Abstammung. A /RES/69/16. Online verfügbar unter: <https://www.un.org/depts/german/gv-69/band1/ar69016.pdf>, zuletzt geprüft am 11.09.2023.
- **Villa, Paula-Irene (2014):** Körper, Geschlecht und Sexualität. In: Lamla, Jörn; Laux, Henning; Rosa, Hartmut und Strecker, David (Hg.): Handbuch der Soziologie. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft, S. 283–300.
- **Voigt, Rob; Camp, Nicholas P.; Prabhakaran, Vinodkumar; Hamilton, William L.; Hetey, Rebecca C.; Griffiths, Camilla M.; Jurgens, David; Jurafsky, Dan und Eberhardt,**

- Jennifer L. (2017):** Language from police body camera footage shows racial disparities in officer respect. In: Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 114 (25), S. 6521–6526. DOI: [10.1073/pnas.1702413114](https://doi.org/10.1073/pnas.1702413114).
- **Vormann, Boris und Weinman, Michael D. (2020):** The Emergence of Illiberalism. New York: Routledge. DOI: [10.4324/9780429347368](https://doi.org/10.4324/9780429347368).
 - **Vreman, Rick A.; Heikkinen, Inkatuuli; Schuurman, Ad; Sapede, Claudine; Garcia, Jordi L.; Hedberg, Niklas; Athanasiou, Dimitrios; Grueger, Jens; Leufkens, Hubert G. M. und Goettsch, Wim G. (2019):** Unmet medical need: An introduction to definitions and stakeholder perceptions. In: Value in Health (11), S. 1275–1282. DOI: [10.1016/j.jval.2019.07.007](https://doi.org/10.1016/j.jval.2019.07.007).
 - **Wachtler, Benjamin; Hoebel, Jens und Lampert, Thomas (2019):** Trends in socioeconomic inequalities in self-rated health in Germany: A time-trend analysis of repeated cross-sectional health surveys between 2003 and 2012. In: BMJ Open 9 (9). DOI: [10.1136/bmjopen-2019-030216](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-030216).
 - **Wallerstein, Nina (2020):** Commentary on Community-Based Participatory Research and Community Engaged Research in Health for Journal of Participatory Research Methods. In: Journal of Participatory Research Methods 1 (1). DOI: [10.35844/001c.13274](https://doi.org/10.35844/001c.13274).
 - **Wallerstein, Nina; Duran, Bonnie; Oetzel, John und Minkler, Meredith (Hg.) (2018):** Community-based participatory research for health. Advancing social and health equity. San Francisco, CA: Jossey-Bass. Online verfügbar unter: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=5097167>.
 - **Washington, Harriet A. (2008):** Medical apartheid. The dark history of medical experimentation on black americans from colonial times to the present. Westminster: Knopf Doubleday Publishing Group. Online verfügbar unter: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=6101226>.
 - **Watt, Graham (2018):** The inverse care law revisited: A continuing blot on the record of the national health service. In: The British The British Journal of General Practice 68 (677), S. 562–563. DOI: [10.3399/bjgp18X699893](https://doi.org/10.3399/bjgp18X699893).
 - **Weber, Max (2013):** Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. 5. Auflage. Tübingen: Mohr.
 - **Weindling, Paul (1989):** Health, race and German politics between national unification and Nazism, 1870–1945. New York, Melbourne: Cambridge University Press.
 - **Weitzer, Ronald und Tuch, Steven A. (2002):** Perceptions of racial profiling: Race, class, and personal experience. In: Criminology 40 (2), S. 435–456. DOI: [10.1111/j.1745-9125.2002.tb00962.x](https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2002.tb00962.x).
 - **Weitzer, Ronald und Tuch, Steven A. (2005):** Determinants of public satisfaction with the police. In: Police Quarterly 8 (3), S. 279–297. DOI: [10.1177/1098611104271106](https://doi.org/10.1177/1098611104271106).
 - **Wendeborn, Mathias (2021):** Gedanken zu Rassismus im deutschen Gesundheitswesen. In: Bayerisches Ärzteblatt (6), S. 264–265.
 - **Werbeck, Anna; Wübker, Ansgar und Ziebarth, Nicolas R. (2021):** Cream skimming by health care providers and inequality in health care access: Evidence from a randomized field experiment. In: Journal of Economic Behavior & Organization 188, S. 1325–1350. DOI: [10.1016/j.jebo.2021.05.028](https://doi.org/10.1016/j.jebo.2021.05.028).
 - **White, Kellee und Borrell, Luisa N. (2011):** Racial/ethnic residential segregation: Framing the context of health risk and health disparities. In: Health & Place 17 (2), S. 438–448. DOI: [10.1016/j.healthplace.2010.12.002](https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.12.002).

- **Wieland, Ulrike und Kober, Ulrich (2023):** Diskriminierung in der Einwanderungsgesellschaft. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung. DOI: [10.11586/2023020](https://doi.org/10.11586/2023020).
- **Wilkes, Rima und Wu, Cary (2019):** Immigration, discrimination, and trust: A simply complex relationship. In: *Frontiers in Sociology* 4, S. 32. DOI: [10.3389/fsoc.2019.00032](https://doi.org/10.3389/fsoc.2019.00032).
- **Will, Ann-Kathrin (2022):** Anstelle des Migrationshintergrundes – Eingewanderte erfassen [RfM-Debatte]. Online verfügbar unter: <https://rat-fuer-migration.de/2022/06/07/rfm-debatte-2022/>, zuletzt geprüft am 26.11.2022.
- **Williams, David R. (2016):** Improving the measurement of self-reported racial discrimination: Challenges and opportunities. In: Alvarez, Alvin N.; Liang, Christopher T. H. und Neville, Helen A. (Hg.): *The cost of racism for people of color: Contextualizing experiences of discrimination*. Washington: American Psychological Association, S. 55–83. DOI: [10.1037/14852-004](https://doi.org/10.1037/14852-004).
- **Williams, David R. und Mohammed, Selina A. (2009):** Discrimination and racial disparities in health: Evidence and needed research. In: *Journal of Behavioral Medicine* 32 (1), S. 20–47. DOI: [10.1007/s10865-008-9185-0](https://doi.org/10.1007/s10865-008-9185-0).
- **Williams, David R. und Mohammed, Selina A. (2013):** Racism and health I: Pathways and scientific evidence. In: *American Behavioral Scientist* 57 (8), S. 1152–1225. DOI: [10.1177/0002764213487340](https://doi.org/10.1177/0002764213487340).
- **Williams, David R.; Yu, Yan; Jackson, James S. und Anderson, Norman B. (1997):** Racial differences in physical and mental health: Socio-economic status, stress and discrimination. In: *Journal of Health Psychology* 2 (3), S. 335–351. DOI: [10.1177/135910539700200305](https://doi.org/10.1177/135910539700200305).
- **Wilson, Tyia K. und Gentzler, Amy L. (2021):** Emotion regulation and coping with racial stressors among African Americans across the lifespan. In: *Developmental Review* 61, S. 100967. DOI: [10.1016/j.dr.2021.100967](https://doi.org/10.1016/j.dr.2021.100967).
- **Wimmer, Andreas (2008):** Elementary strategies of ethnic boundary making. In: *Ethnic and Racial Studies* 31 (6), S. 1025–1055. DOI: [10.1080/01419870801905612](https://doi.org/10.1080/01419870801905612).
- **Wimmer, Andreas (2013):** *Ethnic boundary making. Institutions, power, networks*. Oxford studies in culture and politics. New York: Oxford University Press. Online verfügbar unter: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/kxp/detail.action?docID=5746186>.
- **Wintermantel, Vanessa (2020):** Das imaginierte Fremde. Rassismus als Legitimationsproblem für die Demokratie. In: *WZB-Mitteilungen*. Quartalsheft für Sozialforschung (176), S. 27–29.
- **Winters, Mary-Frances (2021):** *Black Fatigue. How Racism Erodes the Mind, Body, and Spirit*. San Francisco, USA: Berrett-Koehler.
- **Wisniewski, Janna M. und Walker, Brigham (2020):** Association of simulated patient race/ethnicity with scheduling of primary care appointments. In: *JAMA network open* 3 (1). DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2019.20010](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.20010).
- **Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2022):** Zum Mangel an der fachärztlichen Versorgung in der Kinder- und Jugendmedizin. Online verfügbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/927138/cd9d4ee27b973afb9ea3b56426fb4288/WD-9-079-22-pdf-data.pdf>.
- **Witman, Yolande (2014):** What do we transfer in case discussions? The hidden curriculum in medicine ... In: *Perspectives on Medical Education* 3 (2), S. 113–123. DOI: [10.1007/s40037-013-0101-0](https://doi.org/10.1007/s40037-013-0101-0).

- **Wolf, Veronika und Özkan, Ibrahim (2012):** Dolmetschen in der Psychotherapie. Ergebnisse einer Umfrage. In: *Psychotherapeutenjournal* 4, S. 325–327.
- **Wu, Cary; Wilkes, Rima und Wilson, David C. (2022):** Race & Political Trust: Justice as a Unifying Influence on Political Trust. In: *Daedalus* 151 (4), S. 177–199. DOI: [10.1162/daed_a_01950](https://doi.org/10.1162/daed_a_01950).
- **Wuorela, Maarit; Lavonius, Sirkku; Salminen, Marika; Vahlberg, Tero; Viitanen, Matti und Viikari, Laura (2020):** Self-rated health and objective health status as predictors of all-cause mortality among older people: A prospective study with a 5-, 10-, and 27-year follow-up. In: *BMC geriatrics* 20 (1), S. 120. DOI: [10.1186/s12877-020-01516-9](https://doi.org/10.1186/s12877-020-01516-9).
- **Wyatt, Sharon B.; Williams, David R.; Calvin, Rosie; Henderson, Frances C.; Walker, Evelyn R. und Winters, Karen (2003):** Racism and cardiovascular disease in african americans. In: *The American Journal of the Medical Sciences* 325 (6), S. 315–331. DOI: [10.1097/00000441-200306000-00003](https://doi.org/10.1097/00000441-200306000-00003).
- **Yeboah, Amma (2017):** Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland. In: Fereidooni, Karim und El, Meral (Hg.): *Rassismuskritik und Widerstandsformen*. Wiesbaden: Springer VS. DOI: [10.1007/978-3-658-14721-1_9](https://doi.org/10.1007/978-3-658-14721-1_9), S. 143–161.
- **Yilmaz-Günay, Koray und Klinger, Freya-Maria (2014):** Realität Einwanderung. Kommunale Möglichkeiten der Teilhabe, gegen Diskriminierung. Crashkurs Kommune 9. Hamburg: VSA Verlag. Online verfügbar unter: <https://epub.sub.uni-hamburg.de/epub/volltexte/2022/137697/>.
- **Zajak, Sabrina; Steinhilper, Elias; Sommer, Moritz; Milman, Noa; Płucienniczak, Piotr; Reiter, Herbert; Lavizzari, Anna; Kocyba, Piotr; Doerr, Nicole; Della Porta, Donatella und Ajayi, Folashade (2021):** Black Lives Matter in Europe. Transnational diffusion, local translation and resonance of anti-racist protest in Germany, Italy, Denmark and Poland. *DeZIM Research Notes* 6. Berlin: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM).
- **Zhang, Nan; Gereke, Johanna und Baldassarri, Delia (2022):** Everyday Discrimination in Public Spaces: A Field Experiment in the Milan Metro. In: *European Sociological Review* 38 (5), S. 679–693. DOI: [10.1093/esr/jcac008](https://doi.org/10.1093/esr/jcac008).
- **Zhou, Ruirui (2022):** Diskriminierung von chinesischen Migrant*innen in Deutschland im Spannungsfeld von Globalisierung und Deglobalisierung während der Corona-Pandemie. In: Leutner, Mechthild; Lu, Pan und Suda, Kimiko (Hg.): *Antichinesischer und antiasiatischer Rassismus. Historische und gegenwärtige Diskurse, Erscheinungsformen und Gegenpositionen*. Berliner China-Hefte No. 54. Berlin: LIT, S. 130–144.
- **Zick, Andreas und Krott, Nora R. (2021):** Einstellungen zur Integration in der deutschen Bevölkerung von 2014 bis 2020. Studienbericht der vierten Erhebung im Projekt ZuGleich – Zugehörigkeit und Gleichwertigkeit. Bielefeld: Universität Bielefeld.
- **Zick, Andreas und Küpper, Beate (Hg.) (2021):** Die geforderte Mitte. Rechtsextreme und demokratiegefährdende Einstellungen in Deutschland 2020/21. Bonn: Dietz.
- **Zmerli, Sonja (2016):** Vertrauen in Institutionen. Die Bedeutung politischer Unterstützung angesichts krisenhafter Entwicklungen. In: Bertelsmann Stiftung (Hg.): *Der Kitt der Gesellschaft. Perspektiven auf den sozialen Zusammenhalt in Deutschland*. Gütersloh, S. 175–205.
- **Zuberi, Tukufu (2000):** Deracializing Social Statistics: Problems in the Quantification of Race. In: *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 568, S. 172–185. DOI: [10.1177/000271620056800113](https://doi.org/10.1177/000271620056800113).

IMPRESSUM

Herausgeber



Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e. V.

Mauerstraße 76

10117 Berlin

☎ +49 (0)30 2007 54 130

✉ presse@dezim-institut.de

🌐 www.dezim.de

Wissenschaftliche Projektleitung

Prof. Dr. Naika Foroutan, Dr. Noa Ha, Prof. Dr. Frank Kalter, Prof. Dr. Zerrin Salikutluk, Dr. Cihan Sinanoğlu

Redaktion

Patricia Piberger, Serpil Polat, Dr. Cihan Sinanoğlu

Projektteam

Dr. Merih Ateş, Kira Bouaoud, Nora Freitag, Matilda Massa Gahein-Sama, Tanja Gangarova, Camille Ionescu, Dr. Mujtaba Ali Isani, Dr. Elisabeth Kaneza, Tae Jun Kim, Felicia Boma Lazaridou, Claudia Martínez, Patricia Piberger, Dr. Tanita Jill Pöggel, Serpil Polat, Julian Reich, Prof. Dr. Zerrin Salikutluk, Jondis Schwartzkopff, Dr. Cihan Sinanoğlu, Kien Tran, Dr. Susanne Veit, Dr. Hans Vogt, Lisa Walter, Rebecca Wandke

Externe Autor*innen

Jonas Dix (Leuphana Universität Lüneburg), Prof. Dr. Jan Paul Heisig (Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, WZB), Lina Kabangu, Dr. Jianghong Li (WZB), Melike Yildiz

Grafiken

David Kretschmer

Lektorat

Mandy Ganske-Zapf, Dennis Grabowsky, Ulrike Gruska, Tamina Kutscher, Eleni Pavlidou, Anke Zeitschel

Schlussredaktion

Eleni Pavlidou

Layout und Satz

neonfisch.de

Druck

Umweltdruck Berlin GmbH

ISBN

978-3-948289-64-5

Zitiervorschlag

Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) (2023): Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Berlin.

© Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung DeZIM e. V., 2023

Alle Rechte vorbehalten.

Gefördert vom:



Das Deutsche Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) forscht zu Integration und Migration, zu Konsens und Konflikten, zu gesellschaftlicher Teilhabe und zu Rassismus. Es besteht aus dem DeZIM-Institut und der DeZIM-Forschungsgemeinschaft. Das DeZIM-Institut hat seinen Sitz in Berlin-Mitte. In der DeZIM-Forschungsgemeinschaft verbindet sich das DeZIM-Institut mit sieben anderen Einrichtungen, die in Deutschland zu Migration und Integration forschen. Das DeZIM wird durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert.
