

Handreichung für diskriminierungssensibles Arbeiten im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Herausgeberschaft:

Empowerment für Diversität –
Allianz für Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung,
Gesundheitsamt Frankfurt am Main

Autor:innenteam:

Amand Führer, Sarah Hensen, Stefanie Minkley, Ute Siebert,
Angela Schuster

IMPRESSUM

Herausgeberschaft

Empowerment für Diversität –
Allianz für Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung
Charite – Universitätsmedizin Berlin
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
www.empowerment.charite.de
&
Gesundheitsamt Frankfurt am Main
Breite Gasse 28
60313 Frankfurt am Main

Zitiervorschlag

Führer, Amand; Hensen, Sarah; Minkley, Stefanie; Siebert, Ute;
Schuster, Angela (2026):
Handreichung für diskriminierungssensibles Arbeiten im
Öffentlichen Gesundheitsdienst.
Herausgegeben von Empowerment für Diversität – Allianz für
Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung, Charité –
Universitätsmedizin Berlin & Gesundheitsamt Frankfurt am Main.
Berlin / Frankfurt am Main.
DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.18833159>

Lizenz: CC BY-ND 4.0

Autor:innenteam

Amand Führer, Sarah Hensen, Stefanie Minkley,
Ute Siebert, Angela Schuster
Alle Autorinnen haben in gleicher Weise zu dieser Publikation
beigetragen (gleichberechtigte Autorinnenschaft).

CC BY-ND 4.0

<https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.de>



DOI Nummer: 10.5281/zenodo.18833159

Publikationsjahr: 2026

Gefördert durch das Programm „Empowerment für Diversität –
Allianz für Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung“
an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, finanziert durch die Stiftung Mercator.



INHALTSVERZEICHNIS

Allgemeine Vorbemerkung	1
1. Einführung	2
Ebenen der Diskriminierung und ihr Zusammenwirken	2
a) Zentrale Begriffe im Kontext rassistischer Diskriminierung	3
b) Rassismus: Definition und Konzepte	4
c) Ebenen von (rassistischer) Diskriminierung	5
d) Intersektionalität	5
2. Fallbeispiele aus Gesundheitsämtern	6
2.1 Kinder- und Jugendärztlicher Dienst – Seiteneinsteigeruntersuchung	6
2.2 STI-Sprechstunde – Beratung nach ProstSchG	7
2.3 Sozialpsychiatrischer Dienst – Meldung psychischer Ausnahmezustand	8
2.4 Amtsärztlicher Dienst – Gutachten zur Abschiebung	9
2.5 Infektiologie/Hygiene – Masern in Notschlafstelle	10
2.6 Sprechstunden für Schwangere – Untersuchung einer Frau ohne gültigen Aufenthaltsstatus	11
3. Fallübergreifende, gebündelte Empfehlungen	12
Anhang	14
Materialsammlung für den ÖGD	14
Literaturverzeichnis	18

Allgemeine Vorbemerkung

Diese Handreichung richtet sich an alle Mitarbeitenden im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), unabhängig von Funktion oder Berufsgruppe. Sie unterstützt dabei, Diskriminierung zu erkennen und im Arbeitsalltag zu vermeiden. Sie knüpft an das Leitbild des ÖGD an (Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen 2008). Der ÖGD soll laut gesetzlichen Grundlagen und fachpolitischer Diskussion:

- Bevölkerungsgruppen mit erschwertem Zugang zur Regelversorgung im Blick behalten,
- gesundheitliche Chancengerechtigkeit (health equity) fördern,
- und zwischen Individuum, Versorgungsstrukturen und Politik vermitteln.

Eine diskriminierungssensible Versorgung gehört damit zum Kernauftrag des ÖGD.

Ziele der Handreichung:

- zentrale Begriffe und Konzepte zu Diskriminierung und Rassismus einführen,
- anhand von Fallbeispielen zeigen, wie Diskriminierung auf unterschiedlichen Ebenen wirkt,
- Wechselwirkungen zwischen individuellen Haltungen, institutionellen Abläufen und rechtlichen Strukturen sichtbar machen,
- konkrete Handlungsempfehlungen geben, wie Diskriminierung reduziert werden kann.

Wichtige Anmerkung:

Eine Handreichung allein verändert keine Praxis. Wirkung entsteht erst, wenn Leitung, Personalentwicklung und Qualitätsmanagement diskriminierungssensible Versorgung verbindlich verankern und dafür Zeit, Ressourcen und Fortbildungen bereitstellen.

1. Einführung

Ebenen der Diskriminierung und ihr Zusammenwirken

Gesundheit ist ein Menschenrecht. Ein diskriminierungsfreies Gesundheitssystem ist daher eine zentrale Voraussetzung für gesundheitliche Chancengerechtigkeit (health equity) (WHO & UN 2017).

Eine diskriminierungssensible Versorgung versteht Vielfalt als Stärke und baut Barrieren aktiv ab. Sie schafft Vertrauen, verbessert die Qualität von Angeboten und fördert Teilhabe. Die Vision ist ein Gesundheitssystem, in dem alle Menschen respektvoll behandelt werden und Zugang zu passender Unterstützung haben – unabhängig von „Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren“ (BÄK 2022).

Dieser Anspruch ist fachlich verankert: Die Genfer Deklaration des Weltärztebundes (BÄK 2022) betont die Verpflichtung, Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitswesen entgegenzutreten.

Auch in Deutschland bleibt vielen Menschen der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung verwehrt, was Gesundheitsrisiken verstärkt und Ungleichheit festschreibt (Dietrich et al 2025). Mitarbeitende in Gesundheitsämtern, die in ihrer Gesamtheit maßgeblich den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bilden, tragen hierbei eine besondere Verantwortung: Sie sollen Bevölkerungsgruppen mit erschwertem Zugang zur Regelversorgung erreichen, gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern und zwischen individuellen Bedarfen, Versorgungsstrukturen

und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen vermitteln (AÖGW 2018). Eine diskriminierungssensible Versorgung ist damit Teil des Kernauftrags.

Voraussetzung dafür ist, den ersten Schritt zu gehen, um auch unbewusste Diskriminierung wahrzunehmen und zu erkennen. Denn unterschiedliche Barrieren – etwa sprachliche Hürden, fehlende Barrierefreiheit oder stereotype Annahmen – können den Zugang zum Gesundheitssystem erschweren und Menschen benachteiligen.

Diese Handreichung legt einen besonderen Schwerpunkt auf rassistische Diskriminierung, weil sie ein zentraler, häufig unterschätzter Treiber gesundheitlicher Ungleichheit ist und auf mehreren Ebenen wirkt: in individuellen Interaktionen, in institutionellen Routinen und in gesellschaftlichen Strukturen. Gerade im Öffentlichen Gesundheitsdienst, der an sensiblen Schnittstellen zwischen Versorgung, Verwaltung und Ordnungspolitik arbeitet, können rassistische Zuschreibungen, Normalisierungen und rechtliche Rahmenbedingungen besonders folgenreiche Auswirkungen auf Zugänge, Behandlungsqualität und Vertrauen in Institutionen haben. Der Fokus bedeutet nicht, andere Diskriminierungsformen auszublenden. Vielmehr dient er als analytischer Einstieg, um Mehrfachdiskriminierungen (intersektional) sichtbar zu machen und strukturelle Barrieren systematisch zu reflektieren und abzubauen.

1. Einführung: Ebenen der Diskriminierung und ihr Zusammenwirken

a) Zentrale Begriffe im Kontext rassistischer Diskriminierung

Definition von Diskriminierung

Mit dem Inkrafttreten des Allgemeine Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) am 18. August 2006 wurde erstmals ein umfassender rechtlicher Rahmen geschaffen, der den Schutz vor Diskriminierung in zentralen Lebensbereichen wie der Arbeitswelt, bei Alltagsgeschäften und bei der Wohnungssuche in Deutschland regelt. Unter Diskriminierung wird die Benachteiligung von Personen aufgrund u. a. ethnischer Herkunft, Geschlecht, Religion/Weltanschauung, Behinderung, Alter oder sexueller Identität (AGG 2006) definiert. Diese Merkmale können real vorliegen oder zugeschrieben werden.

Studien zeigen, dass Diskriminierung immer in Machtverhältnisse eingebettet ist und individuelle Benachteiligungen gesellschaftliche Hierarchien stabilisieren (Krieger 2014; McGhee 2022).

Formen von Diskriminierung

- Unmittelbare Diskriminierung: Eine Person wird aufgrund eines Merkmals schlechter behandelt als andere. Dies kann im direkten Kontakt oder durch explizite Regeln und Vorgaben erfolgen.
- Mittelbare Diskriminierung: Scheinbar neutrale Regeln oder Abläufe treffen bestimmte Gruppen systematisch härter, ohne dass dies explizit beabsichtigt ist.

Zusätzlich definiert das AGG in § 3 Abs. 3–5 Formen der Diskriminierung wie Belästigung, sexuelle Belästigung und Anweisung zur Be-

nachteiligung (AGG 2006). Darüber hinaus können diskriminierende Handlungen unter bestimmten Voraussetzungen auch strafrechtlich relevant sein, etwa nach § 184i (sexuelle Belästigung), § 185 (Beleidigung) oder § 130 StGB (Volksverhetzung).

Othering

Damit Diskriminierung greifen kann, werden Personen oder Gruppen zunächst als „Andere“ (engl. „others“) markiert. Dieses Othering konstruiert eine „normale“ Mehrheitsgesellschaft und stellt die als „anders“ markierten Gruppen als defizitär, irrational oder problematisch dar (Ortner 1996; Said 2003 [1978]).

Im medizinischen Kontext zeigt sich dies etwa darin, wenn bspw. Schwarzen Menschen eine höhere Schmerztoleranz oder Menschen, deren Herkunft aus dem Mittelmeerraum vermutet wird, eine stärkere Leidensbekundung zugesprochen wird. In Lehrmaterial werden Mediziner:innen häufig als eine homogene Gruppe und „Norm“ gesetzt und rassifizierte Patient:innen (und Ärzt:innen) als „Abweichung“ von dieser Norm dargestellt (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung 2023).

Normalisierung und Naturalisierung

Diskriminierung und ihre gesundheitlichen Folgen sind oft nicht direkt sichtbar. Sie werden durch Mechanismen von Normalisierung und Naturalisierung verschleiert (Carmichael & Hamilton 1968; Krieger 2014; McGhee 2022).

- Normalisierung: Ungleichheit wird als selbstverständlich oder „normal“ dargestellt, etwa wenn eingeschränkte Leistungsansprüche nach AsylbLG für bestimmte Patient:innen-gruppen zur Routine werden (Fritz 2018).
- Naturalisierung: Gesellschaftlich hergestellte Ungleichheit wird fälschlich als biologisch oder genetisch begründet erklärt, etwa wenn

gesundheitliche Folgen von Rassismuserfahrungen als „genetische Anfälligkeit“ fehlgedeutet werden (Krieger 2014).

Kritischer Hinweis:

Ungleiche Zugänge zur Versorgung werden oft als „Sachzwang“ akzeptiert. Hier braucht es eine bewusste Entnormalisierung, damit Zugänge strukturell verbessert werden können – auch in Gesundheitsämtern.

b) Rassismus: Definition und Konzepte

Definition von Rassismus

Im Folgenden wird eine Definition verwendet, die verdeutlichen soll, dass Rassismus nicht nur die Summe individueller Vorurteile ist, sondern ein System von Bedeutungen, Praktiken und Strukturen darstellt (Garner 2010). Dieses System entsteht

- in konkreten Machtverhältnissen, die durch Rassismus aber verschleiert werden und
- in hierarchisierten sozialen Gruppen.
- außerdem legitimiert Rassismus Benachteiligung, Ausgrenzung und Ausbeutung.

Rassismus ist immer ein Ergebnis historischer Entwicklungen und dient der Stabilisierung bestehender Machtverhältnisse (Balibar & Wallerstein 1991; Balibar 2018).

Rassifizierung

Menschen (*Homo sapiens*) werden heute biologisch nicht in „Rassen“ unterteilt. Damit Rassismus dennoch wirksam werden kann, müssen Gruppen erst konstruiert werden. Dazu werden

- Merkmale wie Hautfarbe, Herkunft, Religion oder „Kultur“ mit Bedeutungen aufgeladen.
- Menschen in vermeintlich homogene Gruppen eingeordnet, denen kollektive Eigenschaften zugeschrieben werden und die insgesamt abgewertet werden.

Ein Beispiel für Rassismus ist die mediale Darstellung geflüchteter Menschen in Deutschland, die trotz sehr heterogener biographischer Hintergründe oft als homogene und potenziell gefährliche Masse gezeigt werden („Welle“, „Zustrom“) (Garner 2010).

Rassifizierung ist damit eine spezifische Form von Othering.

Rassismus ohne „Rasse“

Nachdem biologistische Rassenkonzepte, die sowohl im Kolonialismus als auch im deutschen Nationalsozialismus eine große Rolle spielten, diskreditiert wurden, verlagerten sich rassistische Diskurse oft auf scheinbar neutrale Begriffe wie „Kultur“ oder „Ethnie“. Man spricht dann von einem „Rassismus ohne Rasse“ (Balibar & Wallerstein 1991; Balibar 2018).

Wenn „Kultur“ als unveränderlich und problematisch dargestellt wird und zur Erklärung von Ungleichheit dient, wird von Kulturalisierung gesprochen (Fassin 2001).

Kritischer Hinweis:

Im Gesundheitswesen besteht die Gefahr, dass gesundheitliche Ungleichheit (z. B. Impfquoten, Gesundheitsverhalten) durch „kulturelle“ Scheinargumente erklärt wird und dabei strukturelle Barrieren übersehen werden (Fassin 2001).

c) Ebenen von (rassistischer) Diskriminierung

Rassismus wirkt auf mehreren Ebenen:

- Individuelle/interpersonelle Ebene: Abwertende Sprache, respektloser Umgang, offene Ablehnung, aber auch subtilere Formen, wie andere/schlechtere Behandlung und "gut gemeinte" diskriminierende Aussagen und Taten
- Institutioneller Rassismus: Diskriminierende Regeln, Abläufe und Routinen in Institutionen, z. B. in Gesundheitsämtern, Kliniken oder Schulen (Carmichael & Hamilton 1968)
- Struktureller Rassismus: Ungleicher Zugang zu Wohnraum, Bildung, Einkommen, Arbeit und Gesundheit, verankert in Rechtsordnung und Verteilungssystemen (Carmichael & Hamilton 1968)
- Internalisierter Rassismus: Betroffene übernehmen abwertende Bilder und entwickeln Minderwertigkeitsgefühle oder Misstrauen gegenüber Institutionen

d) Intersektionalität

Der von Kimberlé Crenshaw geprägte Begriff „Intersektionalität“ beschreibt das Zusammenwirken und die Überschneidung von verschiedenen Diskriminierungsformen. Intersektionalität hebt hervor, dass Menschen oft aufgrund verschiedener Merkmale wie Herkunft, Klasse, Behinderung, sexuelle Orientierung etc. gleichzeitig diskriminiert werden und dadurch neue, sich gegenseitig verstärkende Diskriminierungsformen entstehen (Crenshaw 1989).

Für Mitarbeitende in Gesundheitsämtern bedeutet das, dass:

- Menschen, die von Flucht, Wohnungslosigkeit, Behinderung, Sexismus oder Queerfeindlichkeit betroffen sind, häufig überlagerte Ausschlüsse erleben.
- Diese Ausschlüsse können nicht verstanden werden, wenn nur eine Dimension wie „Migrationshintergrund“ betrachtet wird.

Kritischer Hinweis:

Fortbildungen, die nur auf Sensibilisierung einzelner Mitarbeitender setzen, greifen zu kurz, wenn institutionelle und strukturelle Ursachen für Diskriminierung nicht adressiert und behoben werden.

2. Fallbeispiele aus Gesundheitsämtern

Im Folgenden wird anhand von Fallbeispielen aus der Arbeit in Gesundheitsämtern konkret verdeutlicht, wie es zu Diskriminierung kommen kann. Die Fallbeispiele knüpfen an Forschung zu Versorgungsbarrieren und praxisnahe Lösungsmodelle an (u. a. Scott 2014; Spura et al. 2017; Bogatzki et al. 2023; Bozorgmehr et al. 2017; Führer et al. 2020; Cedzich & Bosinski 2010; Quint et al. 2025; Kelle 2011).

2.1 Kinder- und Jugendärztlicher Dienst – Seiteneinsteigeruntersuchung

Ein 9-jähriges Kind mit Fluchtgeschichte soll eingeschult werden, doch es fehlen Impfnachweise. Die Ärztin empfiehlt den Eltern, die nur wenig Deutsch sprechen und eine skeptische Haltung zeigen, eine Grundimmunisierung ohne dabei Sprachmittlung hinzuzuziehen. Erst später wird in einem gedolmetschten Gespräch klar, dass in der Erstaufnahmeeinrichtungen bereits Impfungen erfolgt sind und die Eltern eine Überimpfung befürchten.

Die Situation steht exemplarisch für sprachliche Hürden sowie Spannungen zwischen individueller Fürsorgeaufgabe des ÖGD für Kinder in Schuleingangs- und Seiteneinsteigeruntersuchungen und bevölkerungsbezogenen Infektionsschutzaufgaben wie Grundimmunisierungen (Kelle 2011). Auch strukturelle Barrieren im Zugang zur Versorgung spielen hierbei eine Rolle (Scott 2014; Spura et al. 2017).

Zentrales Risiko:

- Impflücken oder unnötige Doppelimpfungen
- Vertrauensverlust aufgrund fehlender Erklärung und Aufklärung mit Sprachmittlung
- Verstärkung des Eindrucks, als „Risiko“ angesehen zu werden

Empfehlungen:

- Nutzung mehrsprachiger und diversitätssensibler Informationsmaterialien, z. B. des Robert Koch-Instituts zu Impfaufklärung und Impfkalender → siehe *Materialsammlung, Abschnitt „Medizinische Diagnostik und Versorgung“*
- Nutzung strukturierter Gesprächshilfen, wie dem 5C-Framework zur Impfscheidung¹ (Betsch et al. 2018) → siehe *Materialsammlung, Abschnitt „Medizinische Diagnostik und Versorgung“*
- Sicherstellung, dass medizinische Befunde in standardisierten Dokumentationssystemen (z. B. Gesundheitsheft) auch nach Orts- und Behörden/Institutionswechsel verfügbar bleiben → siehe *Materialsammlung, Abschnitt „Medizinische Diagnostik und Versorgung“*
- klare und transparente Kommunikation der Doppelrolle: Schutz des Kindes und Schutz der Bevölkerung.

¹Das Modell hilft dabei, Kommunikationsstrategien gezielt zu gestalten – je nachdem, welche der 5 Faktoren am stärksten die Impfbereitschaft beeinflussen.

2.2 STI-Sprechstunde – Beratung nach ProstSchG

Eine 25-jährige trans Frau aus Kolumbien kommt erstmals in die STI-Sprechstunde, die medizinische Beratung und Untersuchung zu sexuell übertragbaren Infektionen (STI-steht für Sexually Transmitted Infections), und zur verpflichtenden Beratung nach ProstSchG. Es gibt Unsicherheiten bei Anrede, Dokumentation und Wahl der Diagnostik. Die Klientin bringt Diskriminierungserfahrungen aus dem Gesundheitssystem im Herkunftsland mit und ist davon belastet. Sie begegnet dem Team im Gesundheitsamt misstrauisch.

Die Forschung zeigt, dass sexualmedizinische Aspekte in der Grundversorgung häufig defizitär ist (Cedzich & Bosinski 2010, 2025) und trans- sowie genderdiverse Personen spezifische Barrieren erleben (Quint et al. 2025).

Zentrales Risiko:

- unzureichende STI-Diagnostik und Prävention durch fehlendes Wissen im Team hinsichtlich der notwendigen Diagnostik bei trans Identität
- Dokumentationsbarrieren durch fehlende Felder für genderdiverse und trans Personen in Anamnesebögen und Verwaltungssoftware
- Verstärkung von Misstrauen und Meidung medizinischer und behördlicher Angebote durch Unsicherheit, Misgendern und fehlende Sprachmittlung

Empfehlungen:

- Orientierung an konkreten Empfehlungen aus der Forschung, welche Untersuchungen bei trans und nichtbinären Personen sinnvoll sind, → *siehe Materialsammlung „Medizinische Diagnostik und Versorgung“*
- Dokumentationssysteme so anpassen, dass selbstgewählte Namen, Pronomen und Geschlechtsidentität zusätzlich zu den im Pass vorhandenen offiziellen Daten erfasst werden können.
- Kooperation und Vernetzung mit trans- und sexwork-spezifischen Beratungsstellen und Community-nahen Angeboten → *siehe Materialsammlung, Abschnitt „Medizinische Diagnostik und Versorgung“ (Trans-/queere Community-Beratungsstellen)*
- Nutzung gender-affirmativer Konzepte wie des AFFIRM-Frameworks, das Akzeptanz, Familiarität und Empowerment betont → *siehe Materialsammlung, Abschnitt „Medizinische Diagnostik und Versorgung“*
- Nutzung des Praxisleitfadens zum diskriminierungssensiblen, informierten und bedürfnisorientierten Umgang mit Sexarbeiter*innen für Personen des Gesundheitswesens → *siehe Materialsammlung Abschnitt „Medizinische Diagnostik und Versorgung“*

2.3 Sozialpsychiatrischer Dienst – Meldung psychischer Ausnahmezustand

Ein Mann im psychischen Ausnahmezustand wird vor einer Kita als auffällig wahrgenommen. Er starrt murmelnd durch einen Zaun auf die Kinder im Außenbereich und reagiert nicht auf Ansprache. Eine Kita-Mitarbeiterin ruft die Polizei, weil sie den Mann als muslimisch einordnet und als Gefahr wahrnimmt. Die Polizei bewertet die Situation zunächst als potenziell gefährlich und zieht aufgrund des Verdachts, dass die Person wegen einer psychischen Erkrankung eine Gefahr für sich selbst oder andere darstellt, Mitarbeitende des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes (SPDi) für eine fachliche Einschätzung hinzu. Der SPDi erkennt eine schwere, aber nicht fremdgefährdende Krise (posttraumatisches Belastungssyndrom mit Flashback (Tod des eigenen Kindes auf der Flucht)) und organisiert eine freiwillige akut-psychiatrische Aufnahme.

Studien zeigen eine hohe Prävalenz von Traumafolgestörungen bei Geflüchteten und zugleich erhebliche Hürden im Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung (Bogatzki L. et al. 2023).

Zentrales Risiko:

- Eskalation mit Gewalt und Zwangseinweisung durch Fehleinschätzung
- Fehlende Reflexion von Vorurteilen (muslimisch gelesenen Mann als mutmaßlicher Terrorist)
- Missinterpretation einer psychischen Belastung als Gefahr für andere mit Fehlbehandlung und Vertrauensverlust

Empfehlungen:

- SPDi fest in polizeiliche Einsatzabläufe einbinden → *siehe Materialsammlung, Abschnitt „Medizinische Diagnostik und Versorgung“ (zu Krisendiensten und Community-nahem Arbeiten)*
- spezifische Fortbildung zu Trauma und Flucht für SPDi und Polizei
- Ausbau mehrsprachiger niedrigschwelliger, barrierearmer Krisendienste → *unterstützt u. a. durch Materialien Abschnitt „Sprache & Kommunikation“ zur diskriminierungssensiblen Sprache.*

2.4 Amtsärztlicher Dienst – Gutachten zur Abschiebung

Bei einem 45-jährigen Asylsuchenden mit halbseitiger Lähmung soll begutachtet werden, ob seine Erkrankung einer Abschiebung entgegensteht. Zunächst wird ein Gutachten nach Aktenlage erstellt, auf Grundlage einer verwechselten Akte. Erst nach Hinweis aus der Unterkunft, erneuter Untersuchung und Dolmetschung wird die Aktenverwechslung erkannt, die schwere Beeinträchtigung wahrgenommen, das Gutachten korrigiert und Versorgung organisiert.

Konflikte zwischen ordnungspolitischen und fürsorgenden Aufgaben sind für den ÖGD typisch und in der Literatur beschrieben (Kelle 2011). Gleichzeitig wird deutlich, wie institutionelle Routinen und Beurteilungen nach Aktenlage unbeabsichtigt diskriminierend wirken können.

Zentrales Risiko:

- Gutachten, die auf unzutreffenden Informationen beruhen – etwa, weil versehentlich die Akte einer anderen Person zugrunde gelegt wurde – können zu gravierenden Fehlentscheidungen führen, insbesondere wenn sie eine mögliche Abschiebung einer schwer erkrankten Person ohne gesicherte medizinische Versorgung nach sich ziehen.
- Vertrauensverlust in Neutralität und Qualität amtsärztlicher Entscheidungen

Empfehlungen:

- Bei Entscheidungen mit existenziellen und potenziell irreversiblen Folgen ist eine reine Begutachtung nach Aktenlage aus ethischen Gründen nicht ausreichend. In solchen Fällen ist eine persönliche Untersuchung dringend anzustreben. Andernfalls bedarf dies einer klaren, nachvollziehbaren Begründung. Diese Vorgehensweise dient der Wahrung der ärztlichen Sorgfaltspflicht und der Vermeidung diskriminierender Fehlentscheidungen.
- standardisierte Identitätsprüfungen und Routine-Double-Check möglicher Namensgleichheiten
- bei einrichtungsübergreifender Datenübermittlung muss sichergestellt werden, dass frühere Befunde verfügbar sind → siehe *Materialsammlung, Abschnitt „Medizinische Diagnostik und Versorgung“*
- Einsatz professioneller Sprachmittlung für Anamnese und Befunderhebung → siehe *Materialsammlung, Abschnitt „Sprache & Kommunikation“* und *Abchnitt „Medizinische Diagnostik und Versorgung“*

2.5 Infektiologie/Hygiene – Masern in Notschlafstelle

In einer Notschlafstelle für wohnungslose Menschen kommt es zu einem Masernausbruch. Unter den Betroffenen sind auch Angehörige einer Minderheit; es entstehen Spannungen und Schuldzuweisungen. Misstrauen gegenüber dem Gesundheitsamt erschwert die Datenerhebung und Umsetzung von Schutzmaßnahmen.

Für das Management von Masernausbrüchen gibt es fachliche Empfehlungen, z. B. durch die Nationale Lenkungsgruppe Impfen und Materialien des Robert Koch-Instituts (Nationale Lenkungsgruppe Impfen; Robert Koch-Institut, Masern/Impfschutz).

Zentrales Risiko:

- Unvollständige Kontaktnachverfolgung und unzureichende Impfmaßnahmen können zu anhaltenden oder wiederkehrenden Ausbrüchen führen.
- Es besteht das Risiko, dass bestimmtes Verhalten „kulturalisiert“ und stigmatisiert wird. Dies verstärkt das Misstrauen zwischen Betroffenen und Behörden und erschwert die Kommunikation. Die Mitwirkung bei Ausbruchsuntersuchungen und Eindämmungsmaßnahmen sind so schwieriger vermittelbar.
- Menschen in Wohnungslosigkeit haben häufig keinen Zugang zur medizinischen Regelversorgung aufgrund fehlenden oder ungeklärten Krankenversicherungsschutzes, Diskriminierung und weiterer Barrieren.
- Fehlende Unterbringungsmöglichkeiten für erkrankte oder exponierte Personen erschweren die effektive Isolation und Schutzmaßnahmen.

Empfehlungen:-

- Bei der Kontaktpersonennachverfolgung empfiehlt sich die Einbindung von Vertrauenspersonen der jeweiligen Community, das z. B. können Mitarbeiter:innen von Migrant:innenselbstorganisationen, Gesundheitslots:innen, Stadtteilmütter etc. sein
- Medizinische Behandlung von erkrankten Personen unabhängig vom Versicherungsstatus sollte sichergestellt und notfalls finanziert werden. → siehe *Materialsammlung Abschnitt „Medizinische Diagnostik und Versorgung“*
- Planung spezieller Isolations- und Unterkunftsmöglichkeiten für wohnungslose Menschen mit ansteckenden Erkrankungen → siehe *Materialsammlung, Abschnitt „Medizinische Diagnostik und Versorgung“, RKI – Infektionsschutz im Kontext Wohnungslosigkeit*
- Mehrsprachige Informationen zur Aufklärung bereitstellen → siehe *Materialsammlung, Abschnitt „Medizinische Diagnostik und Versorgung“, RKI – Mehrsprachige Impfaufklärung*
- Integration diskriminierungsreflektierender Elemente in Ausbruchstrainings, z. B. zum Umgang mit Schuldzuweisungen, Misstrauen und Stigmatisierung

2.6 Sprechstunden für Schwangere – Untersuchung einer Frau ohne gültigen Aufenthaltsstatus

Eine 32-jährige Frau aus Afghanistan vermutet eine Schwangerschaft. Sie lebt ohne gültigen Aufenthaltstitel, arbeitet informell und vermeidet aus Angst vor Abschiebung alle Behördenkontakte. Trotz gesundheitlicher Beschwerden hat sie seit Monaten keine medizinische Betreuung. Die schließlich aufgesuchte Ärztin ist unsicher, wie eine kontinuierliche Versorgung rechtlich abgesichert werden kann.

Die Situation verdeutlicht Spannungen zwischen gesundheitlichen Erfordernissen und der praktischen Umsetzung aufenthalts- und sozialrechtlicher Vorgaben (z. B. nach AsylbLG und AufenthG), die trotz des klaren medizinischen Auftrags zu einer bedarfsgerechten Versorgung weiterhin bestehen. Niedrigschwellige medizinische Angebote fungieren daher als zentrale Brückenstrukturen, um diese systembedingten Barrieren zumindest teilweise auszugleichen.

Zentrales Risiko:

- unzureichende Schwangerschaftsvorsorge und fehlende Behandlung bestehender Erkrankungen bergen gesundheitliche Risiken für Mutter und Kind. Studien zeigen, dass insbesondere für Personen mit Fluchthintergrund und/oder unsicherem Aufenthaltsstatus Versorgungsabbrüche, verzögerte Behandlungen und Informationsverluste häufig sind, was die gesundheitlichen Risiken erhöht und Ungleichheiten weiter verstärkt (Wenner et al., 2019).
- zusätzliche seelische Belastung durch unsicheren Status und Angst vor Behörden

Empfehlungen:-

- Stärkung und Sichtbarkeit von niedrigschwelligen medizinischen Sprechstunden und sozialen Beratungsstellen in Gesundheitsämtern als sichere Anlaufstelle für diese vulnerable Zielgruppe (ärztliche Schweigepflicht hat Vorrang vor Meldepflicht, § 87 AufenthG)
- systematische Information über Abschiebeschutz in der Mutterschutzfrist und Leistungsansprüche nach AsylbLG sowie zum Recht auf eine Geburtsurkunde → *siehe Materialsammlung, Abschnitt „Recht & Zugang“ (Deutsches Institut für Menschenrechte, Flüchtlingsräte, Handbook Germany)*
- enge Kooperation mit sozialen Beratungsstellen (Schwangerschafts-, Migrations-, Rechtsberatung) und Initiativen → *siehe Materialsammlung, Abschnitt „Recht & Zugang“ und Abschnitt „Medizinische Diagnostik und Versorgung“*

3. Fallübergreifende, gebündelte Empfehlungen

Ein diskriminierungssensibles und barrierearmes Gesundheitssystem berücksichtigt, dass nicht alle Menschen die gleichen Bedingungen beim Zugang zu Gesundheitsversorgung haben. Viele Barrieren, die den Zugang erschweren oder verhindern, wie fehlender Krankenversicherungsschutz, entstehen nicht durch individuelles Verhalten, sondern sind strukturell, institutionell oder gesellschaftlich bedingt. Dazu zählen zum Beispiel sprachliche Hürden, fehlende Barrierefreiheit, diskriminierende Erfahrungen, rechtliche Rahmenbedingungen oder fehlende bedarfsgerechte Versorgungsangebote.

Ein solcher Blickwinkel erkennt an, dass diese Hürden real sind und dass ihr Abbau Zeit, Ressourcen und bewusstes Engagement erfordert. Entscheidend ist dabei, Verantwortung nicht den einzelnen Menschen zuzuschreiben, die von Barrieren betroffen sind. Wenn Zugangsprobleme oder Versorgungslücken als individuelles „Versagen“ verstanden werden, bleibt das System selbst unhinterfragt – und notwendige Veränderungen bleiben aus.

Die folgenden Handlungsempfehlungen setzen daher bewusst auf einen systemischen Ansatz. Sie richten den Fokus darauf, bestehende Strukturen, Abläufe, Routinen und Haltungen von Mitarbeitenden in Gesundheitsämtern kritisch zu reflektieren und weiterzuentwickeln. Ziel ist es, Bedingungen zu schaffen, die Vielfalt anerkennen, Diskriminierung entgegenwirken und allen Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen ermöglichen. Nur so kann Versorgung nachhaltig verbessert und Vertrauen in das Gesundheitssystem gestärkt werden.

I. Diversitäts- und diskriminierungssensible Kommunikation

- Professionelle Sprachmittlung durch den Einsatz von geschulten Sprachmittler:innen (Dolmetscher:innen) und mehrsprachige, verständliche Informationen in einfacher Sprache als Standard (Kleinman & Benson 2006; Spura et al. 2017).
- Regelmäßige Schulungen zu Diversitätskompetenz, rassismus- und diskriminierungssensibler Kommunikation sowie traumasensibler Gesprächsführung.
- Veraltete, diskriminierende und verallgemeinernde Begriffe meiden. Respektvolle und korrekte Ansprache unter Berücksichtigung von Geschlechtsidentität, Namen, persönlichen Präferenzen und kulturellen Hintergründen (Cedzich & Bosinski 2010; Quint et al. 2025). → *siehe Materialsammlung, Abschnitt „Sprache und Kommunikation“, z. B. IDA Glossar, Glossar von Empowerment für Diversität*

II. Individuelle Bedarfsorientierung und sorgfältige Situationsanalyse

- Keine vorschnellen Deutungen auf Basis von Annahmen, Vorurteilen oder Kategorien; stereotype Vorstellungen sollten reflektiert, subjektive Krankheitstheorien und individuelle Lebenslagen aktiv erfragt werden (Kleinman & Benson 2006).
- Persönliche Untersuchungen und ausreichend Zeit für Gespräche, besonders bei komplexen oder risikobehafteten Situationen und bei der Notwendigkeit von Sprachmittlung.

3. FALLÜBERGREIFENDE, GEBÜNDELTE EMPFEHLUNGEN

- Transparentes Vorgehen, Erklären und Aufklären von Rechten, Abläufen und Entscheidungen, um Vertrauen zu stärken und Partizipation zu ermöglichen.

III. Gute Dokumentation, Informationsflüsse und verlässliche Kooperation

- Klare, strukturierte Kommunikations- und Informationswege zwischen Gesundheitsamt, Sozialamt, Trägerorganisationen, Polizei und weiteren Akteur:innen unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflichten und des Datenschutzes. Faktenbasierte Dokumentation; Annahmen und subjektive Zuschreibungen kenntlich machen.
- Standardisierte und ausführliche Dokumentation sowie zuverlässige Weitergabe medizinischer Informationen, z. B. in Gesundheitsheften oder digitaler Übermittlung, unter strikter Beachtung von Datenschutz und ärztlicher Schweigepflicht (Bozorgmehr et al. 2017; Führer et al. 2020).
- Koordinierte Zusammenarbeit von Gesundheitsämtern mit sozialen Einrichtungen, Beratungsstellen, Community-Organisationen, u.a. in Peer-Formaten zur besseren und vertrauensvollen Erreichbarkeit von Menschen in vulnerablen Lebenssituationen.

IV. Flexible, inklusive und barrierefreie Strukturen

- Nutzung von gendersensibler und leichter Sprache, inklusiver mehrsprachiger Formulare und Dokumentationssysteme; Piktogramme, Wegeleitsysteme → siehe *Materialsammlung, Abschnitt „Medizinische Diagnostik und Versorgung“* (DRK-Gesundheitsfilme in vielen Sprachen)

- Anpassung von Gesundheitsangeboten an die Bedürfnisse von Menschen in vulnerablen Lebenssituationen (bspw. Geflüchtete, wohnungslose Menschen, queere Personen, Menschen ohne Papiere, Menschen mit Behinderungen).
- Schaffung niedrighschwelliger, barrierearmer Zugänge, z. B. Humanitäre Sprechstunden, mobile medizinische Angebote oder aufsuchende soziale Arbeit (Streetwork).

V. Sensibilisierung für strukturelle Diskriminierung und institutionelle Barrieren

- Bewusstsein dafür stärken, dass gesetzliche Vorgaben, Ressourcenmangel und institutionelle Routinen unbeabsichtigt diskriminierend wirken können (Carmichael & Hamilton 1968; Fassin 2001; McGhee 2022).
- Transparente und leitliniengerechte Entscheidungsprozesse und Rechenschaftspflicht, um Otherring bspw. durch Psychosomatisierung zu vermeiden (Bundesministerium für Gesundheit 2024).
- Kontinuierliche Überprüfung und Weiterentwicklung diskriminierungssensibler Praxis in den Gesundheitsämtern, z. B. durch Reflexion, Fortbildung, Evaluation und Beteiligung Betroffener (Krieger 2014; Spura et al. 2017).
- Beschwerdemanagement auch für erlebte Diskriminierung zur ständigen Fortentwicklung und Qualitätssicherung der Angebote

ANHANG: MATERIALSAMMLUNG FÜR DEN ÖGD

Anhang: Materialsammlung für den ÖGD

Hinweis:

Die hier zusammengestellte Materialsammlung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Ergänzungen und Hinweise aus der Praxis sind ausdrücklich willkommen und können an empowerment@charite.de gerichtet werden.

a) Medizinische Diagnostik und Versorgung

Robert Koch-Institut – **In verschiedenen Sprachen: Impfaufklärung und Impfkalendar.** Stand:22.01.2026
→ Zusammenstellung von Informationsmaterialien zum Impfen in verschiedenen Sprachen zur Erleichterung der Kommunikation zwischen Ärzt:innen und Patient:innen.

Link: https://www.rki.de/DE/Themen/Infektionskrankheiten/Impfen/Informationsmaterialien/verschiedene-Sprachen/materialien_fremdsprachig_inhalt.html?templateQueryString=Impfaufkl%C3%A4rung

Nationale Lenkungsgruppe Impfen – **Generischer Leitfaden für das Management von Masern- und Rötelfällen und -ausbrüchen in Deutschland.**

→ Für Gesundheitsämter bei Ausbruchsuntersuchungen, auch in Gemeinschaftsunterkünften.

Link: https://www.nali-impfen.de/fileadmin/pdf/Generischer_Leitfaden_fuer_das_Management_von_Masern_und_RoetelInfaellen_und_ausbruechen_in_Deutschland_NaLI.pdf

Robert Koch-Institut – **Hinweise zum Infektionsschutz im Kontext Wohnungslosigkeit.**

→ Praktische Hinweise für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und die Wohnungsnotfallhilfe.

Link: https://www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitliche-Einflussfaktoren-A-Z/F/Flucht-Gesundheit/Hinweise_Infektionsschutz_Wohnungslosigkeit.html?nn=16950044

Quint, M., Bailar, S., Miranda, A., Bhasin, S., O'Brien-Coon, D., & Reisner, S. – **The AFFIRM framework for gender-affirming care: Qualitative findings from the Transgender and Gender Diverse Health Equity Study.**

→ Hinweise für strukturierte, diskriminierungsarme und bedarfsgerechte Versorgung nach dem AFFIRM-Framework zur Verbesserung der Zugänglichkeit, Qualität und gesundheitliche Chancengleichheit für trans* und genderdiverse Menschen deutlich verbessern kann.

Link: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-024-21261-7>

5C-Framework der Impfentscheidung: Modell, das fünf psychologische Faktoren von Impfverhalten beschreibt: **Confidence, Complacency, Constraints, Calculation, Collective Responsibility**

→ Hilft bei strukturierten, wertschätzenden Impfgesprächen.

Link: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0208601>

Maeffert, J., Kühn, L. & Osborn, S. (2024). **Die genderinklusive gynäkologische Praxis.** Gyne 01/2024, Deutsche Gesellschaft für Psychologische Frauen*gesundheit (DGPF): Übersicht zu Anforderungen einer genderinklusive gynäkologischen Versorgung, inkl. Empfehlungen zu Kommunikation, Dokumentation, Diagnostik sowie strukturellen Anpassungen in der Praxis

→ Unterstützt ÖGD-Fachkräfte bei diskriminierungssensibler Versorgung von trans*, inter* und nicht-binären Patient:innen.

Link: <https://dgpgf.de/blog/genderinklusive-gynaekologische-praxis/>

Trans Patient:innen in der gynäkologischen Sprechstunde. (2025, 26. Mai). Universimed. <https://www.universimed.com/ch/article/gynaekologie-geburtshilfe/trans-patient-sprechstunde-491923>

ANHANG: MATERIALSAMMLUNG FÜR DEN ÖGD

Landesverband Hebammen NRW – **Hebammenhilfe für Geflüchtete**: Spezialisierte Informationsseite des Landesverbands der Hebammen NRW zur Betreuung geflüchteter Schwangerer.

Link: <https://www.hebammenhilfe-fuer-fluechtlinge.de> Deutscher Hebammenverband+2hebammen-nrw.de+2

Kleinman, A., & Benson, P. (2006) – **Anthropology in the clinic: The problem of cultural competency and how to fix it**. PLoS Medicine, 3(10), e294.

→ Leitfaden ermöglicht kultursensible Anamnese, indem die Perspektive der Patient*innen systematisch erfasst und so die Wirksamkeit von Diagnostik, Beratung und Prävention verbessert wird.

Link: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2019). **S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie (Version 1, Mai 2019)**. → medizinisch-fachliche Leitlinie zur Erkennung, Einschätzung und Behandlung psychiatrischer Notfälle sowie zur Zusammenarbeit der beteiligten Dienste (z. B. Rettungsdienst, Polizei, Psychiatrie)

Link: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/f3a343551a8377beaed060e05d40734d71683710/038-0231_S2k_Notfallpsychiatrie_2019-05_1.pdf

an der Heiden, I. (2024). **Diagnose Diskriminierung. Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen** (Langfassung). Antidiskriminierungsstelle des Bundes. → Die Studie untersucht, in welchem Ausmaß Menschen Diskriminierung im deutschen Gesundheitswesen erleben und wie geeignet, sichtbar und zugänglich die bestehenden Beratungs- und Beschwerdestrukturen für den Umgang mit diesen Erfahrungen sind.

Link: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/Studie_Diagnose_Diskriminierung_lang.pdf

Schuster, A., Toutaoui, K. & Masuud, T. (2026). **Diversitätssensible Primärversorgung – Ein Handlungsleitfaden**. Charité – Universitätsmedizin Berlin. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.22301.78562>

Link: <https://www.empowerment-diversitaet.de/lehrmaterial/sammlung/diversitaetssensible-primarversorgung-ein-handlungsleitfaden/>

Trans- und queere Community-Beratungsstellen: Bundesweites Netzwerk von Peer-Beratungsstellen für trans, nicht-binäre und queere Menschen (medizinischer Zugang, psychosoziale Beratung, Begleitung).

→ Unterstützt Gesundheitsämter in sensiblen oder komplexen Situationen.

Link: <https://www.queer-refugees.de> oder <https://www.trans-inter-beratungsnetz.de>

Roter Stöckelschuh – **Gesundheitsversorgung von Sexarbeiter:innen**: Praxisleitfaden für Gesundheitsfachkräfte zum diskriminierungssensiblen, sicheren und bedürfnisorientierten Umgang mit Sexarbeiter*innen.

→ Konkrete Gesprächsleitfäden, Schutzkonzepte, rechtliche Hinweise.

Link: <https://roterstoeckelschuh.de>

DRK – **Gesundheitsfilme in vielen Sprachen**: Kurzfilme und Informationsmaterialien zu Gesundheit, Hygiene, Kinderentwicklung und Vorsorge – in bis zu 15 Sprachen.

→ Ideal für niedrigschwellige Aufklärung in Beratungen und Wartebereichen.

Link: <https://www.drk-gesundheitsfilme.de>

Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit

Praxisdatenbank, Projekte, Qualitätskriterien für Gesundheitsförderung bei sozialer Benachteiligung.

→ Hilft beim Aufbau nachhaltiger, chancengerechter Strukturen.

Link: <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>

Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e. V. (2025). **Niedrigschwellige medizinische Versorgungsangebote für wohnungslose Menschen im Gesundheitssystem etablieren und finanzieren** (Positionspapier 25). → Empfehlungen zum Abbau von Zugangsbarrieren für wohnungslose Menschen.

Link: https://www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/POS/POS_25_BAGW_Gesundheit_Niedrigschwellige_medizinische_Versorgungsangebote.pdf

Bundesministerium für Gesundheit. (2024). **Aktionsplan für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen**.

Link: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/A/Aktionsplan/Aktionsplan_barrierefreies_Gesundheitswesen_2024.pdf

b) Recht & Zugang

Deutsches Institut für Menschenrechte – **Geburtsurkunde & Rechte Neugeborener**: Infoblätter zu Registrierung, Identitätsklärung, Geburtsurkunden und zu Rechten von Kindern und Eltern ohne gesicherten Aufenthalt. → Besonders wichtig für Schwangerschaftsberatung, Kinder- und Jugenddienste.

Link: <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de>

Migranetz / Handbook Germany: **Mehrsprachige, leicht verständliche Informationen zu Aufenthalt, Gesundheit, Schwangerschaft, Geburt und Behördenwegen**.

→ Hilft Fachkräften bei schneller, alltagsnaher Orientierung.

Link: <https://handbookgermany.de>

Flüchtlingsrat (regionale Übersichten, Mutterschutz/Abschiebeschutz): **Aufbereitete Infos zu aufenthaltsrechtlichen Fragen, Mutterschutz, Abschiebeschutz, medizinischen Ansprüchen nach AsylbLG**.

→ Besonders relevant für Beratung von Menschen ohne Papiere.

Link (Beispiel Niedersachsen): <https://www.nds-fluerat.org>

(entsprechende Landesflüchtlingsräte existieren bundesweit)

Dieterich, A., Schülle, M., & Gangarova, T. (Hrsg.). (2025). **Krank, zugewandert, nicht versichert? (Kein) Zugang zur Gesundheitsversorgung (1. Aufl.)**. Springer VS. → Analyse struktureller Barrieren, rechtlicher Ausschlüsse und politischer Handlungsspielräume im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für unversicherte Zugewanderte in Deutschland.

Link: <https://doi.org/10.1007/978-3-658-48772-0>

c) Wissenschaft & Monitoring

IMIRA / RKI – Migration-sensitive Gesundheitsberichterstattung: **Methodische Empfehlungen für migrations- und diversitätssensible Datenerfassung und Interpretation** → zentrale Grundlage für epidemiologische Arbeit im ÖGD.

Link: <https://edoc.rki.de/handle/176904/6110>

DeZIM – Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa): **Forschung zu Diskriminierungserfahrungen in Deutschland, einschließlich Gesundheitssektor** → Unterstützt faktenbasierte Organisationsentwicklung.

Link: www.dezim-institut.de

d) Sprache und Kommunikation

Robert Koch-Institut – **Leitfaden zu diskriminierungssensibler Sprache im Kontext Migration & Gesundheit:** Bietet konkrete Empfehlungen zu Begrifflichkeiten, Formulierungen, Übersetzungen und Dokumentation. → Hilft, stigmatisierende oder paternalistische Sprache zu vermeiden.

Link: www.rki.de/DE/Themen/Gesundheit-und-Gesellschaft/Gesundheitliche-Einflussfaktoren-A-Z/M/Migration-Gesundheit/Leitfaden.pdf

IDA – **Glossar zu rassismuskritischer, diversitätssensibler Sprache:** Übersicht über zentrale Begriffe, Definitionen und empfohlene Formulierungen – besonders nützlich für Mitarbeitende in Beratung, Verwaltung und Öffentlichkeitsarbeit.

→ Unterstützt ein gemeinsames Sprachverständnis im Team.

Link: www.ida-nrw.de

Glossar von Empowerment für Diversität – Allianz für Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung

Link: <https://www.empowerment-diversitaet.de/glossar/>

Antidiskriminierungsstelle des Bundes – **Empfehlungen für diskriminierungsfreie Sprache:** Praxisnahe Hinweise für Behörden, Institutionen und Fachkräfte, inkl. Beispiele aus dem Gesundheitssektor. → Hilft bei Erstellung von Formularen, Anschreiben, Informationsmaterialien.

Link: www.antidiskriminierungsstelle.de

FAQs zu Sprachmittlung in der Gesundheitsversorgung, Webseite des Projekts SIMP-LE

Link: <https://simple-sprachmittlung.de/faq/>

Literaturverzeichnis

Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen. (2018).

Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst: Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Public Health vor Ort. Düsseldorf: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen.
www.akademie-oegw.de/die-akademie/leitbild-oegw

AGG Bundesrepublik Deutschland. (2006).

Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) – Gesetz zur Umsetzung europäischer Anti-diskriminierungsrichtlinien. BGBl. I S. 1897. www.gesetze-im-internet.de/agg/

Balibar, Étienne; Wallerstein, Immanuel (2018).

Rasse, Klasse, Nation. Ambivalente Identitäten. Hamburg: Argument Verlag. (Originalausgabe 1991)

Bogatzki, L., Miredin, J., Millet, S., Lipinski, L., Molle, M., Rockstroh, B., Mier, D., & Odenwald, M. (2023).

Konstanzer Modellprojekt für psychisch belastete Geflüchtete: Koordinierte psychotherapeutische Behandlung unter Einbezug von Gesundheitspat:innen (KOBEG). *Der Nervenarzt*, 94(11), 1026–1033. doi:10.1007/s00115-023-01524-1

Bozorgmehr, K., Roberts, B., Razum, O., & Biddle, L. (Eds.). (2020).

Health policy and systems responses to forced migration.

Springer.

<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-33812-1>

Bundesärztekammer. (2017).

Deklaration von Genf – Das ärztliche Gelöbnis (revidierte Fassung).

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Internationales/Bundesaerztekammer_Deklaration_von_Genf_04.pdf

Carmichael, S., & Hamilton, C. V. (1968).

Black Power: The Politics of Liberation in America. New York, NY: Vintage Books.

Cedzich, D. A., & Bosinski, H. A. G. (2010).

Sexualmedizin in der hausärztlichen Praxis: Gewachsenes Problembewusstsein bei nach wie vor unzureichenden Kenntnissen. Kiel: sexu-almedizin-kiel.de.

Crenshaw, K. (1989).

Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.

Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM). (2023).

Berichte zu Rassismus und Gesundheit. <https://www.dezim-institut.de>

Fassin, D. (2001a).

The culturalization of inequality: Lessons from the French American comparison.

Anthropology Today, 17(1), 3–7.

Fassin, D. (2001b).

Culturalism as ideology. In C. M. Obermeyer (Ed.), *Cultural perspectives on reproductive health* (pp. 300–317). Oxford: Oxford University Press.

Fritz, M. (2018).

Medizinische Unterversorgung im Asylsystem und medizinethische Spannungsfelder. *Ethik in der Medizin*, 30(2), 149–156.

LITERATURVERZEICHNIS

Führer, A., Eichner, F., Stang, A., & Hoffmann, F. (2020).

Health documentation for refugees: Improving medical continuity of care by a patient-held personal health record. Public Health, 179, 101–102.

Garner, S. (2010).

Racisms: An Introduction. London: Sage.

Kelle, H. (2011).

Schuleingangsuntersuchungen im Spannungsfeld von Individualdiagnostik und Epidemiologie: eine Praxisanalyse. Diskurs Kindheits- und Jugendforschung, 6(3), 247–262.

Kleinman, A., & Benson, P. (2006).

Anthropology in the clinic: The problem of cultural com-petency and how to fix it. PLoS Medicine, 3(10), e294. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030294>

Krieger, N. (2014).

Discrimination and health inequities. In L. F. Berkman, I. Kawachi, & M. M. Glymour (Eds.), Social Epidemiology (2nd ed., pp. 63–125). New York, NY: Oxford University Press.

McGhee, D. (2022).

The Persistence of Racism. Cambridge: Polity.

Ortner, S. (1996).

Making Gender: The Politics and Erotics of Culture. Boston: Beacon Press.

Quint, M., Bailar, S., Miranda, A., Bhasin, S., O'Brien-Coon, D., & Reisner, S. L. (2025).

The AFFIRM Framework for gender-affirming care: Qualitative findings from the Transgender and Gender Diverse Health Equity Study. BMC Public Health, 25(1), 491.

Said, E. W. (2003).

Orientalism. London: Penguin. (Original 1978).

Scott, P. (2014).

Refugee experiences of health systems: A qualitative review.

Spura, A., Kleinke, M., Robra, B.-P., & Mewes, R. (2017).

Wie erleben Geflüchtete das deutsche Gesundheitssystem? Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz.

Wenner, J., Biddle, L., Gottlieb, N., & Bozorgmehr, K. (2019).

Inequalities in realised access to healthcare among newly arrived refugees: Evidence from population-based studies in two German states. BMJ Open, 9(5), e027357. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027357>

World Health Organization. (2017).

Joint United Nations statement on ending discrimination in health care settings.

<https://www.who.int/news/item/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings>

