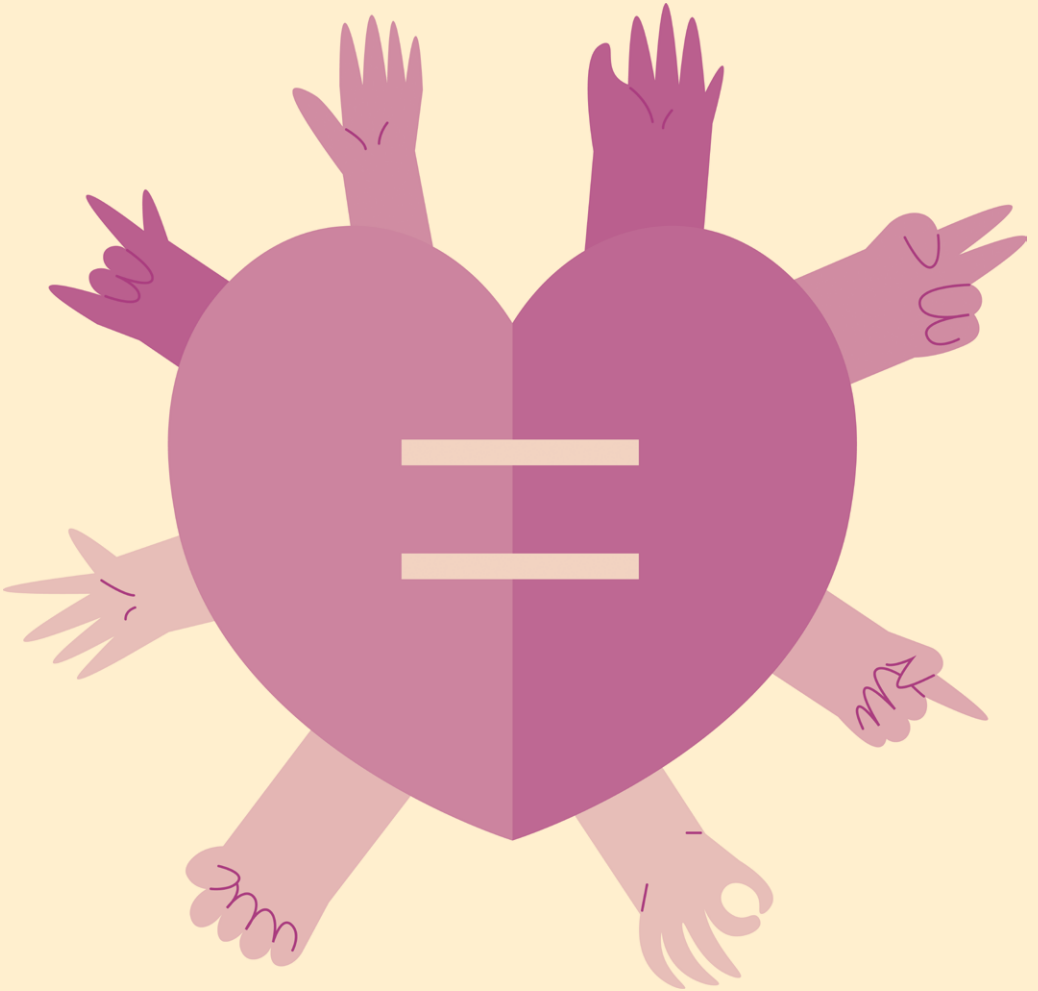


Angela Schuster, Kahina Toutaoui & Tahira Masuud

DIVERSITÄTSENSIBLE PRIMÄRVERSORGUNG — Ein Handlungsleitfaden



| | |
|---|----|
| ÜBERSICHT | 5 |
| Zur Entstehung dieses Leitfadens | |
| Was erwartet Sie? | |
| EINLEITUNG | 6 |
| Sprache in diesem Leitfaden – Ein Hinweis | 7 |
| KAPITEL 1 | |
| Was ist Rassismus? | 9 |
| Rassistische Diskriminierung | 12 |
| KAPITEL 2 | |
| Rassismus und Gesundheit | 17 |
| Auswirkungen von Rassismus auf die Gesundheit | 18 |
| KAPITEL 3 | |
| Handlungsempfehlungen | 21 |
| Persönliche Auseinandersetzung mit Rassismus | 22 |
| Kommunikation und Interaktionen mit Patient*innen | 24 |
| Reflektierter Umgang mit »Ethnizität« in der medizinischen Diagnostik | 30 |
| Rassismussensibilität im Praxisteam | 33 |
| Checklisten für die diskriminierungssensible Praxisgestaltung | 35 |
| GLOSSAR | 39 |
| LITERATURVERZEICHNIS | 40 |

Zur Entstehung dieses Leitfadens

Dieser Leitfaden ist im Rahmen des Projekts »Weiterbildung für eine diversitätssensible Primärversorgung« am Institut für Allgemeinmedizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin entstanden. Das Projekt wird durch das Projekt »Empowerment für Diversität« und die Stiftung Mercator unterstützt.

Die Erstellung des Leitfadens folgte einem partizipativen Ansatz, bei dem Mitglieder des Poliklinik Syndikats (Dachverband der solidarischen Gesundheitszentren in Deutschland), lokaler primär Gesundheitszentren, des Praxisbeirat des Forschungspraxennetzes Berlin/Brandenburg/Thüringen sowie Hausärzt*innen und Medizinische Fachangestellte (MFAs) gemeinsam eingebunden waren. So konnten das Wissen und die Erfahrung verschiedener Akteur*innen aus der Praxis und der Community zusammenfließen.

Mit diesem Leitfaden möchten wir Hausärzt*innen und Medizinischen Fachangestellten sowie gesamten Praxisteams niederschwellige Maßnahmen gegen Rassismus im Praxisalltag vorstellen und damit zur Verbesserung der Versorgung von Patient*innen, die Rassismus erleben beitragen.

Was erwartet Sie?

Rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen beeinflusst direkt die Qualität der Versorgung, das Arbeitsklima und die Gesundheit von Patient*innen und Beschäftigten. Als Ärzt*innen und medizinisches Personal sind wir immer wieder mit tief verwurzelten Diskriminierungen konfrontiert, die Barrieren schaffen, den Zugang zur Versorgung erschweren und das Vertrauen nachhaltig beeinträchtigen.

Diese Publikation zeigt Ihnen (auch anhand von Fallbeispielen und Infoboxen) an welchen Stellen und wie Rassismus im Versorgungsalltag wirkt – sowohl auf persönlicher als auch auf struktureller Ebene in Organisationen und Prozessen der Gesundheitsversorgung.

Im Zentrum steht die partizipative Entwicklung eines Praxisleitfadens, der praxisnah die wesentlichen Handlungsfelder für den Abbau von Diskriminierung und Rassismus in hausärztlichen Praxen und Primärversorgungszentren darstellt.

Darüber hinaus finden Sie in diesem Leitfaden Hinweise zu weiteren praktischen Tools und Ressourcen, die Sie bei der Umsetzung dieser Maßnahmen in der Praxis unterstützen.

So begleitet Sie dieser Leitfaden darin, Rassismus zu erkennen und diesem aktiv entgegenzuwirken – zum Wohl Ihrer Patient*innen und Ihres Teams.

DIVERSITÄTSSENSIBLE PRIMÄRVERSORGUNG – EIN HANDLUNGSLEITFADEN

AUTORINNEN

Angela Schuster, Kahina Toutaoui, Tahira Masuud

LEKTORAT UND SENSITIVITY READING

Michelle Crooks

GRAPHIK DESIGN

Stefanie Leinhos

LIZENZHINWEIS

Creative Commons CC-BY-NC-SA 4.0

Getty Images unter der Unsplash+ Lizenz via Unsplash, wenn nicht anders angegeben

ZITIERHINWEIS

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

PUBLIKATIONSJAHRE

2026

Gefördert durch das Projekt »Empowerment für Diversität – Allianz für Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung« an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, finanziert durch die Stiftung Mercator.

VERANTWORTLICH FÜR DEN INHALT

Angela Schuster und Kahina Toutaoui
Institut für Allgemeinmedizin
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1, 10117 Berlin
Deutschland

Schön, dass Sie sich entschieden haben, diesen Leitfaden zu lesen!

Wir möchten Sie unterstützen, Rassismus im Praxisalltag zu erkennen und niederschwellige Maßnahmen durchzuführen, die für die Versorgung Ihrer Patient*innen einen Unterschied machen. Neben wichtigem Hintergrundwissen zu Rassismus und den negativen Auswirkungen auf die Gesundheit geben wir Ihnen praktische Tipps und Empfehlungen für Ihre klinische Arbeit mit.

Alle Menschen sollten gleichermaßen eine gute Versorgung erhalten. Gleichzeitig leben wir in einer Gesellschaft, in der Rassismus strukturell wirkt und besonders gravierende Auswirkungen auf Betroffene hat. Das Erstarken rechter Haltungen verschärft diese Ungleichheiten erheblich. Menschen, die Rassismus erfahren, sind durch diese rassistischen Strukturen überdurchschnittlich häufig von Armut, eingeschränkten Bildungs- und Aufstiegschancen, beengten und belastenden Wohnverhältnissen, prekären Arbeitsbedingungen oder Arbeitslosigkeit betroffen. All dies sind soziale Determinanten von Gesundheit – und damit Faktoren, die in Ihrer täglichen Arbeit beachtet werden sollten.

Möglicherweise fragen Sie sich: »Was können wir als hausärztliche Praxis überhaupt verändern?«.

Das Gesundheitssystem und, als kleinere Einheit eine hausärztliche Praxis, ist Teil unserer Gesellschaftsstruktur. In diesem Leitfaden erfahren Sie, wie genau sich Rassismus in diesen Räumen abspielen kann und was Sie dagegen tun können. Denn wir sind optimistisch: Sie haben Vieles in der Hand, um die Gesundheit und die Lebensqualität Ihrer Patient*innen, die Rassismus erfahren, positiv zu beeinflussen.

Denn leider, und das werden Sie im Laufe des Leitfadens feststellen, ist das Erfahren von Rassismus ein großer Risikofaktor für chronische Erkrankungen, Beeinträchtigung und frühzeitigen Tod. Die Notwendigkeit, sich der Patient*innen-gruppe, die Rassismus erfährt, besser zuzuwenden, sichert eine würdige und gleichwertige Gesundheitsversorgung für alle – eine ärztliche Pflicht, ganz im Sinne der Deklaration des Weltärztebundes über Rassismus in der Medizin von 2022. Sie fordert alle Ärzt*innen dazu auf, »(...) sich zu aktivem Vorgehen gegen rassistische Vorgehensweisen und Praktiken in der Gesundheitsversorgung zu verpflichten, und für antirassistische Verfahrensweisen und Praktiken einzutreten, die gesundheitliche Chancengleichheit im Gesundheitssystem und soziale Gerechtigkeit unterstützen«.

Sprache in diesem Leitfaden – Ein Hinweis

Sprache prägt den Alltag in jeder Praxis: im Gespräch mit Patient*innen, im Team und in Formularen. Sie ist jedoch nicht neutral. Sprache transportiert Bilder, Annahmen und auch Vorurteile – ob beabsichtigt oder nicht.

Diskriminierungen wie Rassismus werden daher oft unbewusst durch Worte, Handlungen oder Annahmen weitergegeben, auch wenn keine bösen oder bewussten Absichten dahinterliegen. Wir möchten uns kritisch damit auseinandersetzen und das auch sprachlich widerspiegeln. Aus diesem Grund verwenden wir in diesem Leitfaden konsequent Selbstbezeichnungen – also Begriffe, die von betroffenen Gruppen selbst gewählt oder wiederangeeignet wurden – und verzichten auf (rassistische) Fremdzuschreibungen.

In Deutschland werden häufig die Begriffe »Ausländer*in«, »Migrant*in« oder »Person mit Migrationshintergrund« verwendet. Diese Begriffe werden in den meisten Fällen genutzt, um eine »nicht-weiße« Person zu beschreiben, sie bezeichnen aber alle unterschiedliche Kategorien. Genau genommen sind sie nicht präzise genug: eine weiße dänische Person in Deutschland hat einen Migrationshintergrund, erfährt im Alltag aber aufgrund von körperlich (und überwiegend kulturell) zugewiesenen Merkmalen keinen Rassismus. Wiederum gibt es Menschen, deren Familien seit mehreren Generationen in Deutschland leben (z.B. Nachkommen sog. »Gastarbeitender«), die durch die Zuschreibung eines Migrationshintergrundes jedoch als »anders« wahrgenommen werden und somit Ausgrenzung erfahren.

Zudem sind die Ausdrücke nicht neutral:

Der Begriff Migrant*in wird von Politiker*innen und in den Medien verzerrt und stark negativ beladen.

Ein Gegenentwurf ist der Begriff **BIPOC**: er steht für **Black, Indigenous and People of Color**. Er ist eine Eigenbezeichnung und ein Sammelbegriff für Menschen, die von Rassismus betroffen und somit nicht *weiß* sind. **People of Color** wird synonym verwendet. Die Hervorhebung von **Black (Schwarz)** und **Indigenous (Indigen)** im Begriff macht deutlich, dass diese Gruppen durch Kolonialisierung, Versklavung, Genozide und durch strukturelle Diskriminierung bis heute besonders stark betroffen sind. An einigen Stellen verwenden wir spezifischere Begriffe wie **»Ärzt*innen of Color«** und meinen damit Ärzt*innen, die nicht *weiß* sind und Rassismus erleben.

Der Begriff *weiß* wird in diesem Leitfaden kleingeschrieben und kursiv gesetzt. Damit betonen wir, dass es sich nicht um eine biologische Eigenschaft (weiße Haut) handelt, sondern um eine gesellschaftliche Positionierung, die mit Nicht-Betroffenheit von Rassismus verbunden ist.

Schwarz dagegen wird großgeschrieben, da es sich um eine selbstgewählte Eigenbezeichnung handelt. Es handelt sich dabei nicht um ein Adjektiv, das eine Hautfarbe beschreibt. Schwarz beschreibt zugleich einen gemeinsamen Erfahrungshorizont, der über geografische Herkunft hinausgeht und ein weltweites Gemeinschaftsgefühl umfasst¹. Einige Menschen bevorzugen jedoch andere Selbstbezeichnungen.

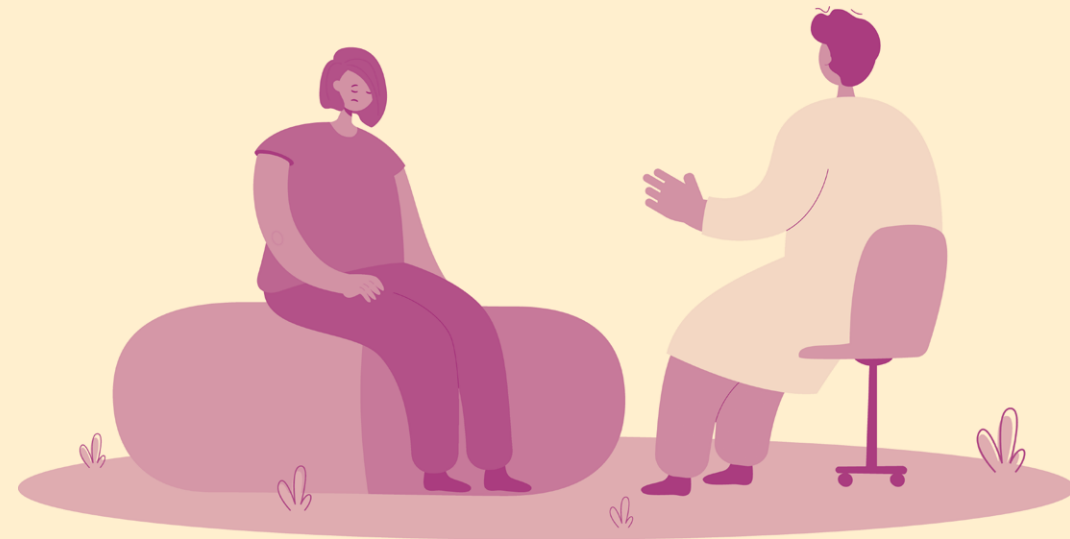
Um alle Menschen anzusprechen, unabhängig ihres Geschlechts, verwenden wir das Gender-Sternchen(*) oder geschlechtsneutrale Bezeichnungen. Es erlaubt beim Lesen oder Sprechen eine kurze Pause, die symbolisch Raum für vielfältige Geschlechterrealitäten lässt.

REFLEXIONSFRAGEN FÜR EINEN INKLUSIVEN SPRACHGEBRAUCH

- Bin ich mir bewusst, dass Sprache nicht neutral ist, sondern gesellschaftliche Machtverhältnisse reproduzieren kann? Wie spiegelt sich das in meinem Sprachgebrauch wider?
- Verwende ich eine Sprache, die die Vielfalt meiner Patient*innen respektiert und sichtbar macht?
- Benutze ich Begriffe, die von den betroffenen Communities selbstgewählt oder etabliert wurden (z. B. Schwarz, Romnja)? Vermeide ich Begriffe, die von den betroffenen Communities nicht benutzt werden?
- Nutze ich gendersensible Sprache und bemühe ich mich darum, Barrieren abzubauen?
- Wird dies auch bei den Formularen in der Praxis berücksichtigt?
- Verwende ich auf meiner Website eine einfache Sprache, sodass auch Menschen mit geringeren Deutschkenntnissen sie gut verstehen können?

KAPITEL 1

Was ist Rassismus?



Wann haben Sie das letzte Mal eine rassistische Situation oder Aussage beobachtet, gesehen oder selbst erlebt? Die meisten von uns – egal ob betroffene oder beobachtende Person – haben eine mehr oder weniger konkrete Vorstellung davon, was Rassismus ist. Doch eine Definition zu nennen, fällt vielen Menschen schwer. Um besser zu verstehen, warum rassistische Diskriminierungen so einschneidend und allumgreifend sind, hilft es, ein gutes Verständnis davon zu haben.

Eine sogenannte »Rasse« im Sinne angeborener, biologischer Unterschiede zwischen Menschen **gibt es nicht**. Sie ist ein **soziales Konstrukt**. Rassismus hingegen ist **real**. Er konstruiert Gruppen nach äußerlichen Merkmalen wie Hautfarbe, (vermeintlicher) kultureller und nationaler Herkunft, Ethnie oder Religion. Diese Gruppenzugehörigkeiten sind nicht immer fiktiv: Menschen *können* sich sicherlich mit ihrer Religion oder ihrem Geburtsland identifizieren. Es findet aber häufig eine extreme Reduktion der Identität auf die jeweilige Gruppenzugehörigkeit statt, die der Komplexität eines individuellen Menschen keinen Platz lässt. Diesen stark reduzierten und vereinfachten Gruppeneigenschaften werden dann bestimmten Eigenschaften zugeschrieben, wie faul, fleißig, stark oder laut. Diese Eigenschaften sind nicht natürlich gegeben oder neutral und sie beinhalten immer eine Auf- oder Abwertung. Oftmals werden dabei zwei Kategorien aufgemacht: Ein vermeintliches »Wir« in Abgrenzung zu einem vermeintlichen »Anderen«. Jede Kategorie wird mit bestimmten Eigenschaften und Charakterzügen verbunden. Das »Wir« wird meist aufgewertet, während auf »die Anderen« häufig negative Vorurteile projiziert werden. Dies führt dazu, dass Menschen, die als »anders« wahrgenom-

men werden, oft unbewusst weniger Kompetenz, Glaubwürdigkeit oder gesellschaftliche Zugehörigkeit zugeschrieben bekommen.

Rassismus ist nicht inhärent menschlich. Er ist ein historisch relativ junges Phänomen, das sich als ideologische Grundlage und Rechtfertigung für die gewaltsame Kolonialisierung und Ausbeutung Afrikas, Asiens, der Amerikas und Ozeaniens durch *weiße* Europäer*innen herausgebildet hat. Zwischen dem 15. und 20. Jahrhundert wurden Menschen unter anderem durch brutalen Landraub, Versklavung, Genozide sowie durch die Unterdrückung und die Enteignung von kultureller Identität und Wissen, wie Sprache und Religion ausgebeutet und entrechtet.

Ab dem 18. Jahrhundert stützten sich rassistische Ideologien auch auf pseudowissenschaftlichen Theorien und Methoden, insbesondere in der Medizin. Verfahren wie die Schädelvermessung sollten sogenannte »Rassen« definieren, hatten jedoch keinerlei wissenschaftliche Grundlage. Die aus solchen Studien konstruierten vermeintlichen Unterschiede wurden genutzt, um Menschen hierarchisch einzuordnen, wobei der *weiße* westeuropäische Mensch stets als Norm dargestellt wurde.

INFOBOX: KOLONIALISMUS UND MEDIZIN

Koloniale Propaganda betonte häufig die koloniale Herrschaft als zivilisatorischen Fortschritt. Menschen wurden rassifiziert, kategorisiert und hierarchisiert. Dabei hat die Medizin zu gewaltvollen und entmenschlichenden Zuständen in den Kolonien beigetragen. Robert Koch und sein Team experimentierten unter anderem mit (im Deutschen Reich bereits zu dieser Zeit verbotenen) Wirkstoffen gegen die afrikanische Trypanosomiasis (Schlafkrankheit) an Menschen in Uganda und töteten dabei Tausende – ein »Forschungsexperiment«, das den wissenschaftlichen Erfolg Kochs über die eigentliche Heilung von Menschen stellte und in Deutschland damals wie heute in dieser Form verboten wäre. Der Schaden der Kolonialzeit ist bis heute tiefgreifend: Obwohl viele ehemals kolonialisierte Länder formal politisch unabhängig sind, zeigt sich in wirtschaftlichen Machtasymmetrien die Ausbeutung westlicher Länder über ehemals kolonialisierte Länder. Bis heute wirkende koloniale Machtverhältnisse und die damit verbundenen rassistischen Ideologien prägen zudem zahlreiche Lebensbereiche, darunter Wissenschaft, Bildung, Kunst und Kultur, Klimagerechtigkeit sowie das Gesundheitswesen. Gleichzeitig verschaffen rassistische Systeme *weißen* Menschen gezielt Vorteile, während Menschen, die durch äußere Merkmale als »anders« wahrgenommen werden, benachteiligt werden. Bestimmte Eigenschaften – wie das Sprechen europäischer Sprachen – werden aufgewertet und andere – wie nicht-europäische Sprachen und andere kulturelle Praktiken – abgewertet. Dabei werden die Merkmale *weiß*, männlich, heterosexuell und schlank als höchste Norm gesetzt und oftmals in Nachrichten, Medien und Studien reproduziert.

REFLEXIONSFRAGEN »WAS IST RASSISMUS?«

- Habe ich mich mit meiner eigenen gesellschaftlichen Positionierung (z.B. *weiß*, männlich, deutschsprachig) und ihren Vorteilen auseinandergesetzt?
- Bin ich mir der (deutschen) kolonialen Geschichte bewusst, in der medizinische Kategorien wie »Rasse« entstanden sind?
- Hinterfrage ich, ob mein Umgang mit Patient*innen unbewusst auf stereotypen Bildern oder Vorannahmen basiert?
- Habe ich schon einmal erlebt, wie Patient*innen – bewusst oder unbewusst – weniger zugetraut wurde?

Rassistische Diskriminierung

Rassistische Diskriminierung erfahren Betroffene in den verschiedensten Lebensbereichen, zum Beispiel auf der Straße, bei Behördenbesuchen, auf dem Arbeitsmarkt oder bei der Wohnungssuche. Dass auch das Gesundheitssystem ein wesentlicher Schauplatz rassistischer Diskriminierung ist, verdeutlichen zahlreiche Studien. Sechs von zehn der befragten Schwarzen Menschen in Deutschland gaben an, dass sie in den letzten zwei Jahren im Gesundheitsbereich Diskriminierungserfahrungen gemacht haben². In einem Review zu rassistischen Vorurteilen von Gesundheitspersonal wurden in 2/3 der analysierten Studien bei medizinischem Personal rassistische Überzeugungen, Gefühle oder Verhalten identifiziert³. Insbesondere gegen Schwarze Patient*innen hielten weiße Behandelnde wiederkehrend negative Vorurteile. Ihnen wurde eine schlechtere Aderenz oder Kooperativität im Vergleich zu weißen Patient*innen unterstellt⁴.

In weiteren Studien zeigte sich darüber hinaus, dass medizinisches Personal BiPoC Patient*innen als homogene Gruppe sieht, ihnen eher ein niedrigeres Bildungsniveau und Unzuverlässigkeit zuschreibt und sie als die »unangenehmeren« Patient*innen wahrnimmt⁵.

Vorurteile sind wirkmächtig und tragen zu gravierenden gesundheitlichen Folgen bei – unabhängig davon, ob diese Vorurteile bewusst oder unbewusst sind. Denn auch nachgewiesen ist: Unbewusste Vorurteile haben nachweislich einen negativen Einfluss auf die Diagnosefindung und Behandlungsentscheidung⁶.

Insbesondere in stressigen Situationen erfolgt die Diagnosefindung anhand von kognitiven Mustern. Zwar spart diese Methode Energie, Ressourcen und Zeit, aber erlaubt auch, dass insbesondere unbewusste Vorurteile die Therapieentscheidung beeinflussen. Das wiederum führt beispielsweise zur Überdiagnose rassistisch-stereotyper Krankheitsbilder und schadet somit Patient*innen of Color.

Ziel ist es also, sich den strukturellen Bedingungen, die Ungleichheit erzeugen, aber auch den eigenen Vorurteilen bewusst zu werden, um den Zugang zu einer angemessenen Qualität der Gesundheitsversorgung für alle Menschen gleichermaßen zu ermöglichen.



REFLEXIONSFRAGEN »RASSISTISCHE DISKRIMINIERUNG«

- Habe ich schon mal von unbewussten Vorannahmen gehört? Wie könnten die aussehen?
- War mir bewusst, wie weit verbreitet rassistische Vorurteile unter medizinischem Personal sind?
- Gab es in der Vergangenheit Situationen, in denen ich meine unbewussten Vorurteile wahrgenommen habe? Vielleicht als Gedanke oder Gefühl? Wie bin ich damit umgegangen?

INFOBOX: LAIEN-DOLMETSCHENDE

Häufig fehlt es an finanzieller Unterstützung durch die Krankenkassen sowie einer rechtzeitigen Planbarkeit, um professionelle Dolmetschende einzubinden. Laiendolmetschende ersetzen in diesen Momenten diese Rolle. Damit es nicht zu Missverständnissen kommt, weisen Sie die übersetzende Person am Anfang ein, zum Beispiel indem Sie sie bitten, so gut wie möglich alles wörtlich zu übersetzen und eigenes Wissen für den Moment zurückzuhalten. Laien-Dolmetschende können professionelle Dolmetschende aber in Ihrer Qualität nicht ersetzen und es sollte stets vermieden werden Minderjährige einzubinden. Für Aufklärungsgespräche sollten professionell Dolmetschende hinzugezogen werden.

FORMEN RASSISTISCHER DISKRIMINIERUNGEN

Findet rassistische Diskriminierung im Kontakt zwischen Menschen statt, spricht man von **interpersonellem Rassismus**. Dazu gehören rassistische »Witze«, Ausgrenzungen, Mobbing, Beleidigungen, Bedrohungen sowie körperliche Gewalt.

Mikroaggressionen umfassen kleinere oder subtile Aussagen oder Handlungen, die immer auch diskriminieren.

Zum Beispiel:

- Die körperlichen Grenzen von Patient*innen werden überschritten, indem einer Person ungefragt in die Haare gefasst oder die Haut berührt wird oder es wird vermutet, dass ein*e Patient*in nicht deutsch sei aufgrund von äußeren und körperlichen Zuschreibungen. Daraus folgen Aussagen wie: »Sie sprechen aber gutes Deutsch« oder »Wo kommen Sie (wirklich) her?«.
- Auf der anderen Seite kann auch medizinisches BIPOC Personal erleben, dass es in seiner Kompetenz immer wieder unterschätzt wird, was sich langfristig auf Karrierechancen auswirkt.
- Folgendes Video zeigt weitere Beispiele von Mikroaggressionen in medizinischer Behandlung:



Institutioneller Rassismus beschreibt Strukturen und Praktiken, die in Institutionen wie Polizei, Justiz, Behörden oder Schulen, in Krankenhäusern oder in medizinischen Praxen verankert sind. Anders als interpersoneller Rassismus ist institutioneller Rassismus nicht an einzelne Personen gebunden, sondern zeigt sich in den Abläufen, Routinen und Regeln einer Einrichtung.

Beispiele:

- **Fehlende Finanzierung von Sprachmittlung:** Es gibt keine flächendeckende, systematische Finanzierung für professionelle Dolmetschende im Gesundheitswesen. Das führt dazu, dass Patient*innen mit geringen Deutschkenntnissen medizinische Informationen schlechter verstehen und dadurch schlechtere Behandlungschancen haben.
- **Namensbasierte Diskriminierung:** Trotz inhaltlich identischer Terminanfragen bekommen Menschen mit einem typisch türkischen oder nigerianischen Namen seltener eine positive Rückmeldung in medizinischen Praxen in Deutschland als Menschen mit einem typisch deutschen Namen⁶.
- **Zugangungleichheit:** BIPOC sind in ärztlichen Berufen unterrepräsentiert. Sowohl in den Aufnahmeprüfungen für das Studium als auch später in Bewerbungsprozessen für Arbeitsplätze gibt es häufig keine geregelten Mechanismen gegen rassistische Vorurteile in Zugangs- und Personalentscheidungen.
- **Fehlende Mehrsprachigkeit von Aufklärungsbögen:** Viele Aufklärungsbögen werden ausschließlich in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt.

Struktureller Rassismus lässt sich nicht auf bestimmte Personen oder einzelne Institutionen zurückführen. Vielmehr sind es gesellschaftlich tief verankerte Normen, Annahmen und Infrastrukturen, die zur Folge haben, dass BIPOC der Zugang zu politischen Machträumen, gesellschaftlichen Einflussmöglichkeiten sowie finanziellen und materiellen Ressourcen vorenthalten oder verwehrt wird.

Beispiele:

- **Praxisdichte:** Stadtteile mit einem hohen Anteil an Menschen mit Migrationsgeschichte und niedrigem sozio-ökonomischen Status weisen deutlich weniger allgemeinmedizinische Praxen auf. Beispiel: In Köln Chorweiler wohnt der höchste Anteil von Menschen mit Migrationsgeschichte in Köln und weist gleichzeitig den niedrigsten Anteil an hausärztlichen Praxen pro Kopf auf – weniger als halb so viele wie im *weiß* geprägten und sozioökonomisch privilegiierteren Stadtteil Lindenthal^{7,8}.
- **Medizinische Ausbildung und Forschung:** An vielen medizinischen Fakultäten werden das Erkennen und Behandeln von (dermatologischen) Krankheiten fast ausschließlich an *weißer* Haut gelehrt. Erkrankungen bei Menschen mit dunkleren Hauttypen werden dadurch schlechter erkannt oder falsch diagnostiziert⁹.
- **Fehldiagnosen:** Studien zeigen, dass knapp jede dritte von Rassismus betroffene Person angibt, ihre Beschwerden würden nicht ernst genommen. Gleichzeitig kommt es aufgrund rassistischer Stereotype bei bestimmten (Infektions-) Krankheiten zur Überdiagnostik (z.B. HIV, Hepatitiden, Malaria, Tuberkulose)

oder zur Unterversorgung von STI-Testungen z.B. bei muslimischen Frauen. Insgesamt stehen von Rassismus betroffene Personen also unter einem erhöhten Risiko, fehldiagnostiziert zu werden⁶.

- **Ungleichbehandlung bei der Versorgung:** nur ca. 3% der Patient*innen ohne Krankenversicherung und/oder mit Fluchtgeschichte und Bedarf einer Psychotherapie haben diese überhaupt erhalten¹⁰.
- **Aufstiegschancen:** bis zu 75% der Ärzt*innen of Color nehmen strukturellen Rassismus als Hindernis für ihren eigenen beruflichen Aufstieg war¹¹.

ASYL UND GESUNDHEIT

Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) regelt § 4 die medizinische Versorgung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, einschließlich nötiger Arznei-, Verband- und Heilmittel, sowie Leistungen im Rahmen von Schwangerschaft, Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen. § 6 ermöglicht ergänzende Hilfe, wenn diese zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist, etwa bei Krankheiten, die chronisch werden können, oder bei psychischen Leiden aufgrund von Traumafolgestörungen. Anspruch besteht für Asylbewerber*innen und Personen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus. Der Zugang erfolgt über Behandlungsscheine oder elektronische Gesundheitskarten, in akuten Notfällen auch ohne vorherige Genehmigung. Ärztliche Schweigepflicht schützt Patient*innen vor Datenweitergabe.

ÜBERSCHNEIDEN VON DISKRIMINIERUNGSFORMEN – INTERSEKTIONALITÄT

Die verschiedenen Ebenen von Diskriminierung sind eng miteinander verwoben – etwa das Erfahren von Rassismus in der Schule, das langfristig Bildungschancen, Berufsmöglichkeiten und damit auch Ressourcen für ein selbstbestimmtes Leben einschränken kann. Besonders betroffen sind jedoch Menschen, die von mehrfacher Diskriminierung betroffen sind, also etwa BIPOC, die zusätzlich aufgrund von Geschlecht, sexueller Orientierung, sozialer Herkunft, Beeinträchtigung oder weiterer Merkmale benachteiligt werden. Diese Überschneidung wird **Intersektionalität** genannt. Gerade intersektionale Perspektiven zeigen, dass diese Überschnei-

dungen die Auswirkungen von Diskriminierung verstärken und die Hürden für gesellschaftliche Teilhabe erhöhen. Dabei ist wichtig zu erwähnen, dass Diskriminierungsdimensionen nicht einfach aufaddiert werden können, sondern dass die Überschneidung von zwei oder mehreren Diskriminierungsdimensionen komplex miteinander interagieren und zusammen besondere Auswirkungen schaffen. Insbesondere Frauen of Color werden sowohl rassistisch als auch sexistisch benachteiligt. Sie erleben häufig eine spezifische Form der Mehrfachdiskriminierung, was sich etwa in der Schule, im Arbeitsleben und bei der politischen Partizipation zeigt.

REFLEXIONSFRAGEN »FORMEN RASSISTISCHER DISKRIMINIERUNGEN«

- Welche Möglichkeiten habe ich im Alltag, um mein professionelles Handeln (Kommunikation, Entscheidungen usw.) in Bezug auf unbewusste rassistische Vorurteile zu reflektieren? Wo gibt es schon solche Reflexionsräume und wie könnte ich meine Selbstreflexion weiter ausbauen?
- In welchen Situationen habe ich basierend auf meinen Vorurteilen Patient*innen eventuell nicht richtig zugehört oder ihnen unterstellt, dass sie ihre Symptome übertreiben oder habe sie als »schwierige« Patient*innen eingeordnet?
- In welchen Situationen zeige ich Mikroaggressionen, beispielsweise durch Fragen wie »Wo kommen Sie wirklich her«?
- Wie divers ist das Praxisteam in Bezug auf die verschiedenen Berufsgruppen? Haben alle Bewerber*innen eine gleiche Chance?

Rassismus und Gesundheit



Auswirkungen von Rassismus auf die Gesundheit

BIPoC sind im Vergleich zu *weißen* Menschen häufiger von einer schlechteren psychischen und körperlichen Gesundheit betroffen^{6,12}, denn rassistische Diskriminierung erhöht das Risiko für psychische und körperliche Erkrankungen sowie erschwerte Krankheitsverläufe.

Es ist hilfreich, sich der starken Effekte von Rassismus auf die Gesundheit bewusst zu machen, wenn Sie mit BIPoC in Ihrer Praxis interagieren. Damit bleiben Sie von Anfang an aufmerksam für bestimmte Erkrankungen und vermeiden eine Unterversorgung. Dazu werden im Folgenden ganz konkrete Krankheitsbilder besprochen, die Ihnen häufiger im Praxisalltag begegnen und in denen eine strukturelle Unterversorgung für BIPoC nachgewiesen ist.

Im Folgenden wird sich auf Studien bezogen, die **die Gesundheit von BIPoC in sogenannten westlichen Ländern** (Nordamerika und Europa) untersucht. Das Ziel ist, die gesundheitlichen Folgen von Rassismus und die daraus folgenden strukturellen Benachteiligungen in *weiß*-dominierten Gesellschaften wie Deutschland zu beschreiben. Es handelt sich also nicht um eine globale Perspektive.

VON RASSISMUS ZU KRANKHEIT – WIE RASSISMUS AUF DIE PHYSIOLOGIE WIRKT

Rassismus belastet den Körper und die Psyche stark – man spricht hier von einer chronischen Stresserfahrung. Das Konzept der allostatistischen Last beschreibt die negativen Folgen permanenter physiologischer Stressantworten (Allostase) bei einem chronischen Stresserleben. Dieser »Überhang« an Stress belastet verschiedene Körpersysteme. In der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse kommt es zu einer gestörten Ausschüttung von Kortisol. Das kann erhöhte Blutzuckerwerte oder eine verminderte Knochendichte bewirken. Im Immunsystem kommt es zu Verschiebungen mit chronisch erhöhten Entzündungswerten. Neben einer erhöhten Anfälligkeit für Infektionserkrankungen tragen jene entzündlichen Prozesse zur Verstärkung von Atherosklerose bei. Stress steht über diesen Weg in Verbindung mit kardiovaskulären Erkrankungen. Im ZNS sind strukturelle und funktionelle Veränderungen beschrieben. Folgen können eine eingeschränkte Aufmerksamkeit, Emotionsregulierung sowie eine erhöhte Ängstlichkeit sein.^{13,14,15} In Studien konnte eine erhöhte allostatistische Last bei Menschen mit sich wiederholenden Rassismuserfahrungen belegt werden. Der Stress durch Rassismus wirkt auch über eine rassistische Begegnung hinaus: Das Erinnern und Verarbeiten rassistischer Situationen, der Schmerz durch die Herabwürdigung und die Sorge und Erwartungshaltung vor einer weiteren Diskriminierungssituation lösen ebenfalls Stress aus. Durch das chronische Stresserleben kann sich zudem durch zentrale Fehlregelungen eine noch höhere Anfälligkeit für Stress ergeben¹⁶.

Diabetes mellitus Typ 2 (DMT2)

- BIPoC und Menschen mit Migrationsgeschichte in sogenannten westlichen Ländern erkranken häufiger an Typ-2-Diabetes als *weiße* Menschen^{17,18,19,20} – selbst bei vergleichbarem sozioökonomischen Status²¹. Ein Umstand, der Rassismus als Ursache der Krankheitsbelastung betont.
- Zudem treten Komplikationen wie diabetische Retinopathie bei BIPoC häufiger auf²² und die Diabetesbedingte Mortalität ist in diesen Gruppen signifikant höher^{17,23,24}.
- Rassistische Fehlbehandlungen verschärfen die gesundheitlichen Ungleichheiten: Ärzt*innen diagnostizieren Diabetes signifikant seltener bei Patient*innen of Color im Vergleich zu *weißen* Patient*innen bei gleicher klinischer Präsentation²⁵. Darüber hinaus wurden BIPoC deutlich seltener geeignete Medikamente verschrieben als *weißen* Menschen²⁶.

Chronische Schmerzen

- Die Prävalenz von chronischen Schmerzen ist zwischen Schwarzen und *weißen* Patient*innen ähnlich, jedoch wird eine höhere subjektive Intensität der Schmerzen von Schwarzen Patient*innen berichtet²⁷. Ihnen geht es also im Schnitt schlechter.
- Ursächlich dafür könnte sein, dass Patient*innen of Color eine schlechtere Behandlung für akute und chronische Schmerzen als *weiße* Menschen erhalten²⁸.
- Zudem unterschätzen *weiße* Ärzt*innen die Schmerzen bei Patient*innen of Color mehr als bei *weißen* Patient*innen, insbesondere aufgrund von rassistischen Vorurteilen und kolonialrassistischen Annahmen²⁸.

Hypertonie

- Schwarze Menschen in den USA weisen im Vergleich zu *weißen* Menschen nicht nur eine höhere Prävalenz und einen früheren Beginn von Hypertonie auf, sondern erleiden auch häufiger Folgeerscheinungen wie Schlaganfälle, Herzinsuffizienz und Nierenerkrankungen²⁹.
- Eine große Kohortenstudie ergab, dass bis zum Alter von 55 Jahren etwa 75% der Schwarzen Männer und Frauen an Hypertonie erkranken, verglichen mit 54,5% der *weißen* Männer und 40% der *weißen* Frauen³⁰. Darüber hinaus fällt die ärztliche Kontrolle des Blutdrucks bei Schwarzen Patient*innen oft schlechter aus, was zu einer erhöhten kardiovaskulären Morbidität und Mortalität führt^{31,32,33}.

RAAS-INHIBITOREN BEI SCHWARZEN MENSCHEN

Eine weit verbreitete Annahme ist, dass bei Schwarzen Menschen RAAS-Inhibitoren, insbesondere ACE-Hemmer, nicht ausreichend wirken. Tatsächlich ist die Realität komplexer. ACE-Hemmer oder Sartane zeigten in Studien in der Monotherapie zwar zum Teil eine schlechtere Wirksamkeit als andere Antihypertensiva, in der Kombi-Therapie z.B. mit einem Thiaziddiuretikum oder mit Ca²⁺-Kanal-Inhibitoren, war die Therapie bei Schwarzen Menschen vergleichbar effektiv³⁴. Allgemein mangelt es aber an guter Evidenz³⁵, weshalb eine allgemeingültige Handlungsempfehlung nicht existiert.

Psychische Erkrankungen

- BIPoC weisen durchschnittlich mehr depressive Symptome und Symptome einer Angststörung auf als *weiße* Menschen⁶. (siehe Infobox »Von Rassismus zu Krankheit«)
- In einem Review wurden Menschen mit einem unbestimmten Aufenthaltsstatus in Deutschland untersucht. Von diesen zeigten im Untersuchungszeitpunkt 50% Depressionen, 1/3 eine PTBS und über 1/3 eine Angststörung. Hauptstressoren, die ursächlich für die psychische Erkrankung wirken, sind die Bedrohung durch eine Abschiebung, die ungewisse Zukunft, der gesellschaftliche Ausschluss und Diskriminierungserfahrungen³⁶.

Handlungsempfehlungen



Menschen im Gesundheitswesen (und somit auch Sie) haben eine wichtige Rolle im Prozess des gesellschaftlichen Abbaus von Rassismus, indem Sie die gesundheitlichen und sozialen Folgen von Rassismus erkennen und untersuchen sowie die Interessen Ihrer Patient*innen öffentlich vertreten. Eine gerechte medizinische Versorgung für alle kann wiederum Menschen befähigen, besser in anderen gesellschaftlichen Ebenen zu partizipieren und somit ihre Menschenrechte zu sichern. Und auch in der Praxis werden Sie ein gleichberechtigtes und würdevolles Miteinander für jedes Teammitglied als sehr sinnstiftend wahrnehmen können.

Persönliche Auseinandersetzung mit Rassismus

Die Auseinandersetzung mit Rassismus kann womöglich negative Gefühle wie Unsicherheit oder Scham auslösen. Auch das Erkennen von eigenen Fehlannahmen oder -Handlungen kann schmerzvoll sein. Das ist völlig normal. Entscheidend sind ein verantwortungsbewusster Umgang und die Bereitschaft, diese Gefühle als Ausgangspunkt für Reflexion, das Verlernen von rassistischen Denk- und Verhaltensmustern und das Lernen von diskriminierungssensiblem Handeln zu nutzen.

REFLEXIONSFRAGEN

- Wenn Sie in der Rückschau Ihr Verhalten um und mit BIPOC betrachten, was fällt Ihnen auf? Vielleicht erkennen Sie ein Muster? Haben auch Sie (unbedacht) Mikroaggressionen verwendet und gemerkt, wie Ihr gegenüber das unangenehm empfunden hat?
- Auch mit gutem Wissen um rassistische Systeme, die eigenen rassistischen Vorurteile und mit guten Vorsätzen ist ein rassismusfreies Handeln nicht automatisch gegeben. Vielmehr handelt es sich um einen kontinuierlichen Prozess. Wie beobachten und reflektieren Sie Ihre eigenen Gedanken, Impulse, Körpersprache und Worte im Umgang mit Rassismus?
- Wissen und Sprache sind stets im Wandel. Deshalb braucht es auch einen kontinuierlichen Lernprozess. Wie bleiben Sie über aktuelle Entwicklungen in Wissen und Sprache zu Rassismus informiert?



RESSOURCEN FÜR DIE PERSÖNLICHE AUSEINANDERSETZUNG MIT RASSISMUS

Literatur

- **me and white supremacy** (2020) (dt: *Ich und weiße Vorherrschaft*) von Layla F. Saad
- **Exit Racism** (2018) von Tupoka Ogette
- **Was weiße Menschen nicht über Rassismus hören wollen, aber wissen sollten** (2019) von Alice Hasters
- **Rassismus. Strukturelle Probleme brauchen strukturelle Lösungen!** (2021) von Natasha A. Kelly
- **Und jetzt du. Rassismuskritisch leben** (2022) von Tupoka Ogette
- **Deutschland Schwarz Weiss** (2018) von Noah Snow

Onlinemedien

- Der **Queermed Leitfaden** zum sensibilisierten Umgang mit Patient*innen bietet Informationen und Tipps im Umgang mit verschiedenen Diskriminierungsformen:



Kommunikation und Interaktionen mit Patient*innen

Das eigene Verhalten und die eigene Kommunikation sind etwas, was Sie persönlich in der Hand haben und effektiv reflektieren und entwickeln können. Im Folgenden finden Sie Vorschläge, die Sie in verschiedenen Bereichen des Patient*innenkontaktes umsetzen können.

OFFENE HALTUNG IM BEHANDLUNGSGESPRÄCH

Behandlungsgespräche mit einer offenen Frage zu beginnen, ist mittlerweile der Standard einer guten Anamnese. Diese Frage sollte auch Ihre innere Haltung widerspiegeln: Patient*innen offen zu begegnen, hilft, damit sich unbewusste Vorurteile nicht in den Diagnose- und Behandlungsprozess einschleichen. Innere Fragen wie »Hätte ich die Diagnosefindung und Therapieentscheidung für eine*n weiße*n Patient*in genauso gestaltet?« helfen Ihnen, unbewusste Vorurteile zu erkennen.

Patient*innen können Ihnen in der Regel ihre Krankheitswahrnehmungen und Einstellungen bestens selbst berichten. Dies kann Sie davon lösen, Ihre Vorannahmen zu vermeintlichen kulturellen oder religiösen Einstellungen zu Gesundheit und Krankheit auf Ihre*n Patient*in zu projizieren.

ANAMNESEBÖGEN

Der Anamnesebogen bietet Ihnen bereits die Möglichkeit, sich auf Bedürfnisse von Patient*innen im Behandlungsgespräch einzustellen. Sie können Ihren Anamnesebogen mit einigen der folgenden Fragen ergänzen:

- Welche Sprachen(n) sprechen Sie?
- In welcher Sprache möchten Sie mit dem medizinischen Personal sprechen?
- (zum Ankreuzen): Die körperliche Untersuchung durch Ärzt*innen jedes Geschlechts ist in Ordnung für mich.
- Wenn Nein: ich möchte bevorzugt von ... körperlich untersucht werden.

- Das **Structural Vulnerability Assessment Tool** ist ein ausführlicher Fragebogen, der gesundheitlich relevante soziale Determinanten der Gesundheit wie das soziale Umfeld, Zugang zu Lebensmitteln oder Diskriminierungserfahrungen abfragt. Das Ziel ist, Patient*innen mit strukturellen Herausforderungen zu erkennen und sie rechtzeitig in soziale und gesundheitliche Unterstützungsmaßnahmen einzubinden, die sich wiederum positiv auf die Gesundheit auswirken³⁷. Der Fragebogen ist in englischer Sprache verfügbar.



- Der **Diversitäts-MindestIndikatoren-Satz (DiMIS)** bietet Orientierung, um Anamnesebögen diversitätssensibel und intersektional anzupassen. Er wurde für den deutschen Kontext adaptiert und erfasst kompakt zentrale Diversitätsbereiche wie Geschlecht, Alter, Ethnizität und Diskriminierung:



AUS- UND ANSPRACHE:

- Bemühen Sie sich, den Namen Ihrer Patient*innen richtig auszusprechen. Das klingt zwar selbstverständlich, wird aber im Praxisalltag schnell übergangen. Die richtige Aussprache des Namens – ein zentraler Teil der Identität eines Menschen – vermittelt Ihren Patient*innen ein Gefühl von Respekt und Wertschätzung. Hilfreich kann es sein, den Namen und das Pronomen beispielsweise in Lautschrift im Patient*innenverwaltungssystem zu vermerken.
- Sprechen Sie nicht automatisch Englisch, nur weil Ihnen der Name »nicht deutsch« vorkommt.
- Auch weitere Fragen zur Identität oder Religion sollten vermieden werden, wenn sie irrelevant für die Behandlung sind.

SPRACHBARRIEREN UND ÜBERSETZUNGSHILFEN

Sprachbarrieren können schnell zu Unzufriedenheit und zu nicht ausreichender Versorgung führen. Aber solche Situationen sind mit Unterstützungen und Hilfsmitteln gut navigierbar. Für Patient*innen kann es sehr hilfreich sein, wenn Sie zum Beispiel auf der Praxis-Website aufzählen, welche Sprachen in der Praxis gesprochen werden.

Vergewissern Sie sich, dass Sie von Ihren Patient*innen gut verstanden werden und schaffen Sie eine Umgebung, in der diese ihre Symptome und Anliegen gut mitteilen können. Eine gute Verständigung geht über eine momentane Zufriedenheit hinaus: sie erhöht die Patient*innensicherheit und insbesondere im Kontext von Aufklärungs- und Einwilligungsgesprächen ist eine gute Verständigung essenziell.





Wichtig: Sprachbarrieren spielen nicht bei jedem Kontakt mit BIPoC eine Rolle und können ebenso bei *weißen* Patient*innen vorkommen.



RESSOURCEN ZUM THEMA SPRACHMITTLUNG, KOMMUNIKATION UND INTERAKTION

Um Ihre Patient*innen zu unterstützen, sich trotz möglicher Sprachbarrieren verständlich zu machen, können sie folgende Hilfestellungen und Tools verwenden:

Dolmetschhilfen



| | |
|---|--|
|  <ul style="list-style-type: none"> • Triaphon bieten eine spontane Dolmetschen-Hotline für viele Sprachen, die jeden Tag und zu jeder Uhrzeit verfügbar ist und richtet sich explizit an medizinisches Personal. Der Service ist kostenpflichtig. | <ul style="list-style-type: none"> • MediBabble oder CALD Assist App sind Apps zum einfachen Übersetzen in der Behandlung, zum Beispiel bei einer Anamneseerhebung. Sie sind nicht für Aufklärungsgespräche geeignet. |
|  <ul style="list-style-type: none"> • Ein ähnliches Modell bietet LingaTel an. | <ul style="list-style-type: none"> • Dolmetschhilfen können für die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen von Geflüchteten in den ersten 36 Monaten des Aufenthaltes vom Sozialamt übernommen werden. Der Antrag wird von den Behandelnden an das jeweilige Sozialamt übermittelt. |
|  <ul style="list-style-type: none"> • bikup vermittelt professionelle Sprach- und Integrationsmittler*innen, die über eine wörtliche Übersetzung hinaus das Gesagte in einen kulturellen Kontext einbetten und vermitteln. | |
|  <ul style="list-style-type: none"> • Das Land Brandenburg bietet für dort niedergelassene Ärzt*innen einen kostenlosen Telefon- und Videodolmetschdienst in über 50 Sprachen an. | |

Nonverbale Tools

Verwendung von Bildern, Piktogrammen und Modellen können ergänzend zur Sprachmittlung oder zu Dolmetschhilfen eingesetzt werden:

| | |
|---|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> • Piktuu bieten ein medizinisches Bilderwörterbuch mit Piktogrammen an. |
| <ul style="list-style-type: none"> • talking pictures ist eine kostenpflichtige App, die verschiedene Bildzeichen anbietet, die die Kommunikation in der Behandlung unterstützen. | |


Gesundheitsinformationen für Patient*innen

| | |
|---|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> • Eine alphabetische Übersicht von mehrsprachigen Gesundheitsinformationen, die viele Bereiche einer hausärztlichen Versorgung abdecken. |
|  | <ul style="list-style-type: none"> • Stiftung gegen Rassismus bietet Informationsmaterialien für Patient*innen an, die von Rassismus betroffen sind. |

Wissen rund um diskriminierungssensible Kommunikation

| | |
|---|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> • Die Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung Berlin bietet einen Kriterienkatalog für eine diversitätssensible Bildauswahl an. Diese können zum Beispiel hilfreich in der Websitegestaltung sein. |
|  | <ul style="list-style-type: none"> • Das RKI bietet einen kurzen Leitfaden zu diskriminierungssensibler Sprache im Bereich Migration und Gesundheit an. |

Inklusive Anamnesebögen

| | |
|--|---|
|  | <ul style="list-style-type: none"> • Bild und Sprache e.V. bieten kostenlose Materialien wie Anamnesebögen in verschiedenen Sprachen zum Download. |
|--|---|

EVIDENZBASIERTES HANDELN

Eine leitlinienorientierte Behandlung trägt dazu bei, unbewusste Vorurteile in der Therapie zu vermeiden, indem sie eine evidenzbasierte und möglichst einheitliche Versorgung aller Patient*innen gewährleistet. Dabei sollte jedoch berücksichtigt werden, dass viele zugrundeliegende Studien überwiegend mit *weißen* Proband*innen durchgeführt wurden und werden. Zusätzlich helfen Risiko-Assessment-Tools wie **PROCAM** oder Shared Decision Making Programme wie **Arriba**, Vorurteile bei Diagnose und Therapie zu reduzieren.

ÜBERWEISUNGEN UND ARBEITSUNFÄHIGKEITSBESCHEINIGUNGEN

Nordamerikanische Studien zeigen, dass Patient*innen of Color seltener Überweisungen an Fachärzt*innen erhalten. Um unbewusste Muster zu erkennen, können Ihnen folgende Fragen helfen:

- Welche Patient*innen überweise ich weiter und welche eher nicht? Bei welchen Patient*innen zögere ich, eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auszustellen?
- Was tue ich, wenn Patient*innen berichten, in fachärztlicher Behandlung nicht ernst genommen worden zu sein? Leite ich diese für eine zweite Meinung weiter?

FINANZIELLE ASPEKTE UND PREKÄRE ARBEITSVERHÄLTNISSBERÜCKSICHTIGEN

Rassistische Diskriminierung wirkt auch über die wirtschaftliche Benachteiligung von Rassismus betroffenen Gruppen, beispielsweise durch Chancenungleichheiten im Zugang zu Bildung oder auf dem Arbeitsmarkt. Informieren Sie Ihre Patient*innen daher stets transparent über die anfallenden Kosten von Privatrezepten oder – sofern angeboten – IGeL-Leistungen. Fragen Sie aktiv nach, ob diese Kosten für Ihre Patient*innen tragbar sind. Achten Sie zudem auf die gesundheitlichen Folgen von prekären Arbeitsverhältnissen oder Arbeitslosigkeit und helfen Sie, diese vorzubeugen. Denken Sie bei Empfehlungen daran, dass Sie sich als Ärzt*in oft in anderen sozioökonomischen Lebenslagen als Ihre Patient*innen befinden und passen Sie Ihre Beratung an individuelle finanzielle Situationen an.

ADHÄRENZ FÖRDERN UND BEDÜRFNISSE ERKENNEN

Wenn Sie das Gefühl haben, dass Patient*innen ein vermeidendes Verhalten oder eine schwache Therapieadhärenz zeigen, ignorieren Sie das nicht. Gehen Sie in den Dialog und fragen explizit nach, was der jeweiligen Person in der Behandlung fehlt. Binden Sie bei Bedarf die Person besser in die Therapieplanung ein. Arbeitet Ihr*e Patient*in viel? Vielleicht sind Online- oder Telefon-Termine hilfreich. Manchmal kann es auch helfen, regelmäßige Termine im Voraus zu planen.

Auch bei größtem Engagement und Motivation kann es vorkommen, dass Sie nicht die optimale Ansprechperson für Ihre*n Patient*in sind. Einige Personen fühlen sich möglicherweise bei Behandelnden of Color oder bei Fachkräften, die ihre Sprache sprechen, wohler und besser verstanden.

Um dies zu unterstützen, empfiehlt es sich:

- Informieren Sie sich gezielt über Behandelnde of Color sowie Praxen und Einrichtungen, die mehrsprachige Angebote machen oder weitere unterschiedliche Bedürfnisse einer diversen Patient*innenschaft berücksichtigen.
- Sprechen Sie aktiv Empfehlungen aus und vermitteln Sie konkrete Anlaufstellen, wenn Sie den Eindruck haben, dass Patient*innen solche Angebote bevorzugen könnten.
- Achten Sie darauf, Patient*innen darauf hinzuweisen, dass sie das Recht haben, eine für sie passende Ansprechperson auszuwählen und dies offen ansprechen dürfen.

FEEDBACK

Feedback von Ihren Patient*innen einzuholen ist entscheidend, um zu verstehen, wie wohl und verstanden diese sich bei Ihnen fühlen. Durch Feedback können unbewusste Vorurteile und Unterversorgungen entdeckt und entgegengewirkt werden. Verschiedene Methoden helfen dabei, möglichst vielfältige Rückmeldungen zu erhalten:

- **Persönliche Gespräche:** Nutzen Sie das Ende der Behandlung oder Nachsorgetermine, um im direkten Austausch ehrliches Feedback einzuholen.
- **Anonyme Feedbackboxen:** Eine anonyme Box in Ihrer Praxis bietet Patient*innen die Möglichkeit, unkompliziert positive wie kritische Rückmeldungen oder Verbesserungsvorschläge zu hinterlassen. Diese kann auch digital umgesetzt werden.
- **Patient-Reported Outcome Measures (PROMs):** Standardisierte Fragebögen liefern wertvolle Informationen aus Patient*innensicht zur Versorgungsqualität und helfen, Unterversorgungen oder unbewusste Vorannahmen zu erkennen.

Reflektierter Umgang mit »Ethnizität« in der medizinischen Diagnostik

Die Entscheidung, inwieweit »Ethnizität« in der medizinischen Diagnostik eine Rolle spielen sollten, ist komplex und erfordert besondere Sorgfalt. Einerseits ist es wichtig, Patient*innen nicht vorschnell aufgrund äußerlicher Merkmale zu kategorisieren oder zu »rassifizieren«, etwa indem bei Patient*innen of Color automatisch an seltene Tropenerkrankungen gedacht wird. Solche Annahmen können zu Fehldiagnosen und Diskriminierung führen.

Andererseits zeigen epidemiologische Daten, dass bestimmte Erkrankungen bei BIPOC Patient*innen häufiger auftreten können – nicht aufgrund von »Ethnizität«, sondern aufgrund komplexer Wechselwirkungen zwischen Umweltfaktoren, strukturellem Rassismus und sozialer Benachteiligung oder individueller genetischer Disposition. Wie in Kapitel 2 beschrieben, sind beispielsweise Menschen mit bestimmten Migrationsgeschichten oder aus marginalisierten Gruppen einem erhöhten Risiko für bestimmte chronische Erkrankungen wie Diabetes Typ 2 ausgesetzt.

Wichtig ist daher ein bewusster, reflektierter Umgang: Hören Sie Ihren Patient*innen aktiv zu, zeigen Sie Offenheit für ihre individuellen Erfahrungen und binden Sie sie in die Therapieentscheidung ein. Statt Annahmen zu treffen, sollten Sie konkrete Informationen über alltägliche, kulturelle, soziale, religiöse und finanzielle Kontexte gezielt im Gespräch erfragen, wenn sie für die Diagnose und Therapie wichtig sind. Zum Beispiel indem bei entsprechender Anamnese proaktiv nachfragen machen, ob Medikamente, die Alkohol oder Gelatine enthalten, eine Barriere für die Einnahme darstellen. Insbesondere das soziale Umfeld ist eine wichtige Ressource, binden Sie dieses also bei Bedarf ein. So entsteht eine patient*innen-zentrierte Versorgung, die medizinisch sinnvoll und zugleich respektvoll ist.

Ein relevanter Unterschied: Viele dermatologische Erkrankungen finden sich in Lehrbüchern nur auf hellen Hauttypen. Eine Foto-Bibliothek gängiger dermatologischer Erkrankungen auf dunkleren Hauttypen findet sich auf der Website von Black & Brown Skin:



Fallbeispiel Ernährungsberatung

Ihre Patientin L. kommt zu Ihnen in die Praxis. Sie ist eine ältere Patientin mit einem neu diagnostizierten Diabetes Mellitus Typ-2. In der kommenden Woche beginnt der Ramadan, diesmal in einem Sommermonat. Ihr alter Hausarzt hat ihr das Fasten pauschal abgeraten, weshalb sie nun eine Zweitmeinung bei Ihnen einholen möchte.

Das Fasten während des Ramadans ist, je nach Risikokonstellation, auch mit Diabetes möglich. Um Hyper- und Hypoglykämien sowie kardiovaskuläre und renale Komplikationen zu vermeiden, sind eine sorgfältige Risikoanalyse und eine umfassende Beratung zu den Themen Ernährung sowie zur Awareness für die Symptome von Hyper- und Hypoglykämien erforderlich. Dabei sollte auch auf das erhöhte Sturzrisiko aufgrund einer möglichen Dehydratation und des höheren Alters eingegangen werden.



Die **International Diabetes Federation** und die **Diabetes and Ramadan International Alliance** bieten einen umfangreichen und praktischen Leitfaden rund um die Behandlung von Menschen mit Typ-1 und Typ-2 Diabetes vor und während des Ramadans. Neben einem Tool zu Risikoanalyse enthält der Leitfaden Informationen zur Ernährungsberatung und bietet eine Übersicht zu Dosis- und Therapieanpassungen von Diabetesmedikamenten.

Fallbeispiel interpersoneller Rassismus: Famulatur in der Hausarztpraxis

Sie sind angestellte*r Ärzt*in in einer Hausarztpraxis und betreuen gemeinsam mit der Praxisleitung zwei Medizinstudentinnen, die ihre Famulatur bei Ihnen absolvieren. Eine der Studentinnen, Sara S., trägt ein Kopftuch. Am ersten Tag werden beide Famulantinnen in die Abläufe der Praxis eingeführt. Ihnen fällt auf, dass die Praxisleitung Sara S. zu einem separaten Gespräch bittet – ein solches Gespräch wurde mit der anderen Famulantin nicht geführt.

Später berichtet Ihnen Sara S. sichtlich betroffen von dem Inhalt des Gesprächs: Die Praxisleitung habe ihr mitgeteilt, dass das Tragen des Kopftuchs im direkten Patient*innenkontakt in dieser Praxis nicht gewünscht sei. Als Grund sei genannt worden, dass Patient*innen möglicherweise negativ oder ablehnend darauf reagieren könnten.

Sara S. schildert Ihnen gegenüber offen, wie sehr sie diese Situation belastet. Sie fühle sich verunsichert, stigmatisiert und ausgegrenzt.



Rassismussensibilität im Praxisteam

Die Praxiserfahrung von Patient*innen wird durch jedes einzelne Teammitglied geprägt. Dementsprechend ist eine inklusive und rassismussensible Praxis ein Vorhaben, welches alle Mitarbeitenden betrifft. Auf der anderen Seite bedeutet das aber auch, dass für Mitarbeitende, die von Rassismus betroffen sind, ebenfalls eine sichere Umgebung geschaffen werden sollte.

Formate wie regelmäßige Praxisteamtreffen für Reflexion, Austausch und Intervention bieten eine niedrighschwellige und kontinuierliche Möglichkeit, Erfahrungen im Umgang mit Rassismus gemeinsam auszuwerten, Lösungen zu entwickeln und eine offene Fehlerkultur zu fördern. Ergänzend sind Anti-Rassismus-Trainings wertvolle Bausteine, um gemeinsam Wissen zu vertiefen und kritische Kompetenzen im Team zu stärken.

Ein Team, das auch aus BIPOC besteht, wirkt sich nachweislich positiver auf die Gesundheit von Patient*innen of Color aus³⁸. Ein diverses Team fördert das Vertrauen in die Versorgung, wirkt sich positiv auf die Patient*innenbindung aus und kann Barrieren im Zugang sowie der Kommunikation abbauen. Jedoch ist das nicht eine einfache »Lösung«, um rassistische Strukturen in der Praxis abzubauen. Parallel zu einem aktiven Diversifizieren der Praxis, sollte stets die persönliche und strukturelle Auseinandersetzung mit Rassismus stattfinden.

Personal, das von Rassismus betroffen ist, muss zeitgleich auf dem Arbeitsplatz konsequent vor Rassismus seitens Patient*innen oder seitens Kolleg*innen geschützt werden. Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) schützt

u.a. Menschen am Arbeitsplatz vor rassistischer Diskriminierung. Die Umsetzung ist Aufgabe der Arbeitgeber*innen. Eine klare Struktur zur konsequenten Aufarbeitung rassistischer Ereignisse ist wichtig, damit Betroffene im Erleben von rassistischer Gewalt ernst genommen werden und erneuter Diskriminierung vorgebeugt werden kann.

RASSISMUSKRITISCHE HALTUNG IM QUALITÄTSMANAGEMENT

Im Rahmen des Qualitätsmanagements der hausärztlichen Praxis kann verbindlich festgehalten werden, welches Verhalten und welche Form der Kommunikation in der Praxis erwünscht sind. Ebenso klar sollte dokumentiert sein, welches Verhalten nicht geduldet wird. Das umfasst explizit auch rassistische, diskriminierende oder abwertende Aussagen und Handlungen. Neben allgemeinen Aussagen wie »Rassismus wird bei uns nicht toleriert« sollte definiert werden, wie das Team im konkreten Fall handeln **will**. Wird ein rassistischer Vorfall beobachtet – sei es durch Kolleg*innen, Patient*innen oder andere Personen – sollte sofort und eindeutig Position bezogen werden.

Beispiel: Rassistische Diskriminierung von Patient*innen durch Mitglieder des Praxisteam.

- Den Patient*innen wird Unterstützung angeboten, zum Beispiel durch Raum für Rückzug, ein Gespräch oder eine begleitete Klärung – stets freiwillig.
- Die rassistisch handelnde Person – ob Kolleg*in oder Patient*in – muss direkt, klar und respektvoll auf das Verhalten angesprochen werden. Es geht dabei nicht darum, jemanden vorzuführen, sondern um Verantwortungsübernahme und Grenzsetzung.
- Zeigt die betreffende Person keine Einsicht oder ist überfordert, übernimmt ein anderes Teammitglied die nötige Entschuldigung bei der betroffenen Person.
- Die Situation wird im Nachgang im Team reflektiert und aufgearbeitet, zum Beispiel in einer Teamsitzung.

Auch vermeintlich subtile Situationen wie diskriminierende »Witze«, stereotype Bemerkungen oder abfällige Gespräche über Patient*innen dürfen nicht ignoriert werden. Sie müssen konsequent angesprochen und thematisiert werden – unabhängig davon, wie sie gemeint waren. Bei rassistischen Äußerungen stehen nicht die Absichten oder Gefühle der äußernden Person im Vordergrund, sondern deren Wirkung auf Andere.

In einer ärztlichen Praxis findet sich häufig auch eine Verstärkung der Hierarchie entlang der Berufsfelder: Ärzt*innen sind nach wie vor vorwiegend *weiß*, während MFAs häufiger of Color oder mit Migrationsgeschichte sind. Ursächlich dafür ist vor allem struktureller Rassismus, der Bildungs- und Berufs-

chancen vor allem für *weiße* deutsche Menschen sichert. Trotzdem können bewusste Personalentscheidungen helfen, diese Verteilung abzumildern. Ein bewusster Umgang mit den Machtverhältnissen in einer Praxis bedeutet auch, einen sicheren und niederschweligen Rahmen zu schaffen, um diskriminierendes Verhalten zu melden – etwa durch anonyme Meldemöglichkeiten. Diese Rückmeldungen können im Team anonym oder in Absprache mit der betroffenen Person besprochen und bearbeitet werden.


Nicht zuletzt gilt: Auch im Qualitätsmanagement sollte der Schutz des Praxisteam festgehalten werden. Mitarbeitende sollten klar wissen, welche Maßnahmen greifen, wenn sie selbst von rassistischem Verhalten oder Gewalt durch Patient*innen betroffen sind – zum Beispiel durch definierte Eskalationsstufen.

Der Leitfaden »Rassismus im Gesundheitswesen: Fallsammlung und juristische Einordnung« des Projektes »Weiterbildung für eine Diskriminierungssensible Primärversorgung« (We4DIP) zeigt anhand von Fällen aus der Primärversorgung, wie Diskriminierung juristisch bewertet werden können.

Checklisten für die diskriminierungssensible Praxisgestaltung

Praxisräume und die Praxis-Website bieten Patient*innen die Möglichkeit, einen ersten Eindruck von Ihnen und Ihrer Arbeit zu gewinnen. Die folgenden Checklisten geben erste Ideen, wie Sie Ihre Praxisgestaltung diskriminierungssensibel ausrichten können, um mehr Menschen einen respektvollen, gerechten und barrierearmen Zugang zu ermöglichen.

Für die Praxisräume

- Übersetzen Sie Beschriftungen und Erklärungen in die für Ihre Patient*innen relevanten Sprachen sowie in leichter Sprache. Wichtige Hinweise dazu gibt das Alpha Siegel. 
- Inklusive Bildmaterialien helfen dabei, dass Patient*innen sich besser mit diesen identifizieren können. Vermeiden Sie stereotype Darstellungen! Rassismussensible Darstellungen können einfacher mit Infografiken oder Piktogrammen als mit Bildern gelingen.
- Offene Sprechstunden oder Online-Terminvereinbarungen sind insbesondere bei Sprachbarrieren eine niederschwellige Möglichkeit, eine Behandlung wahrzunehmen.
- Persönliche Grenzen werden sehr unterschiedlich gesetzt. Schaffen Sie in Ihrer Praxis die Möglichkeit, dass sich Patient*innen unbeobachtet entkleiden können. Jede körperliche Untersuchung sollte selbstverständlich in Absprache stattfinden.



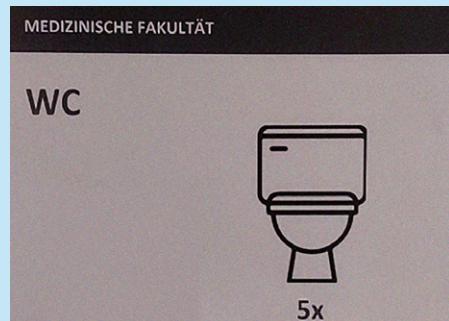
- Dekorationen wie Gemälde oder Figuren spiegeln oft den Charakter der Praxis wider und schaffen eine gemütlichere Atmosphäre. Souvenirs von der letzten Reise nach Kenia oder Vietnam können aber auch stereotypisch und rassistisch beladen sein und sollten bedacht eingesetzt werden.
- Religiöse Symbole oder Statuen sollten immer einen Bezug zu Ihnen haben. Eine Buddha-Statue assoziieren Sie vielleicht mit Ruhe, sie kann aber für eine Person, welche einer buddhistischen Glaubensgemeinschaft angehört, schnell unpassend wirken.
- Gelatinefreie Süßigkeiten erfreuen Kinder (und Erwachsene) jeder Religion. Zuckerfreie Angebote sind sicherlich auch willkommen.

- kleine Karten wie diese können in der Praxis ausgelegt werden:



© Nutzung mit freundlicher Genehmigung durch den Hausärztinnen- und Hausärzteverband* (HÄV)

- Toiletten können statt einer Geschlechtszuweisung mit einem Piktogramm »Stehttoilette« oder »Sitztoilette« gekennzeichnet werden. Dadurch bleiben Toiletten genderinklusiv.



© Nutzung mit freundlicher Genehmigung durch Angela Schuster

Für die Website

Eine einladende und offene Kommunikation auf Ihrer Website kann Patient*innen helfen, sich sicher in der Praxiswahl zu fühlen.

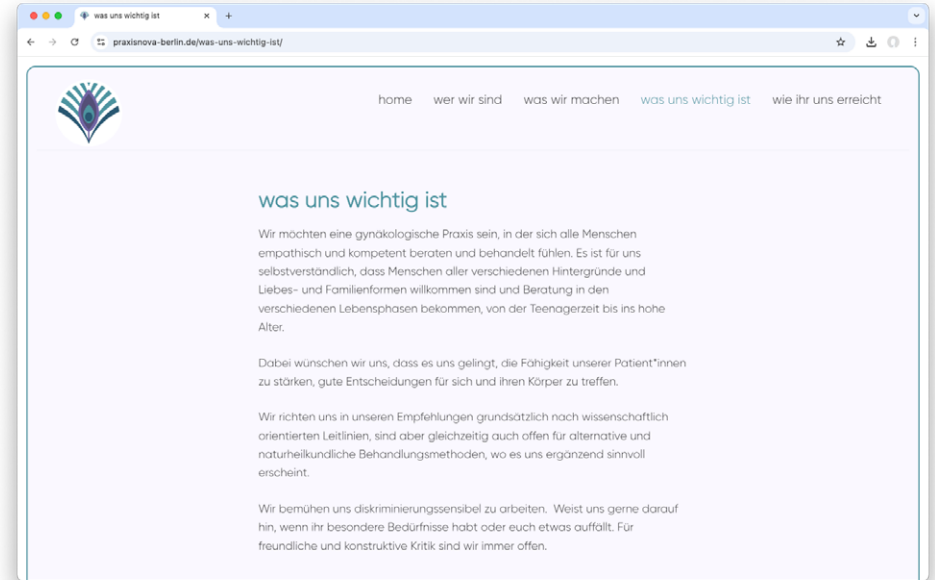
- Machen Sie in Ihrer Praxis und auf Ihrer Website deutlich, dass Sie auch Menschen im Asylverfahren behandeln. Zum Beispiel mit einem »refugees welcome« Schild.



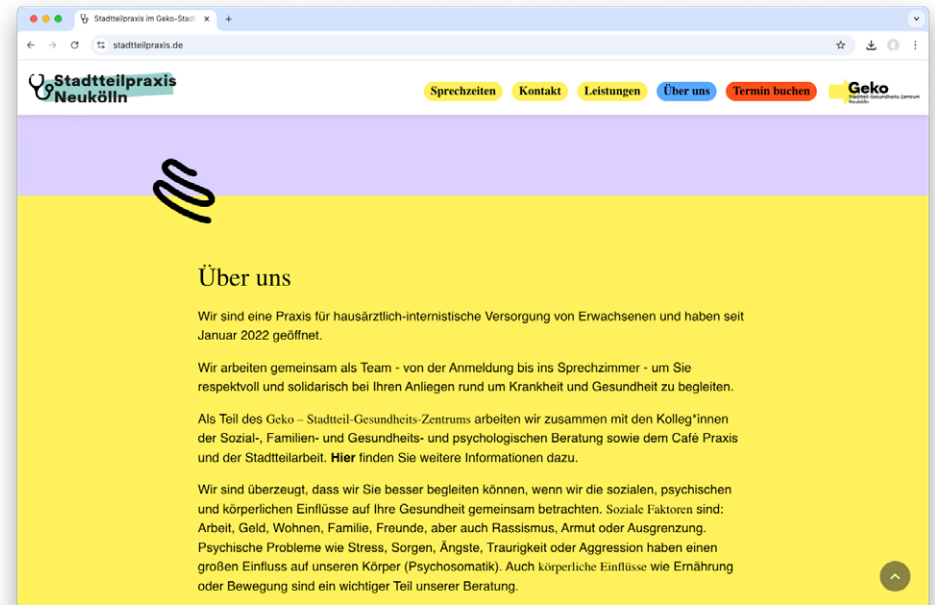
© Creative Commons Lizenz CC-BY-NC-SA 4.0

- Darüber hinaus verweisen Sie auf die geeigneten lokalen Anlaufstellen für Patient*innen ohne gesetzliche Krankenversicherung (Medibüros, Clearingstellen). Verweisen Sie auf die Leistungen, die den Personen zur Verfügung stehen.

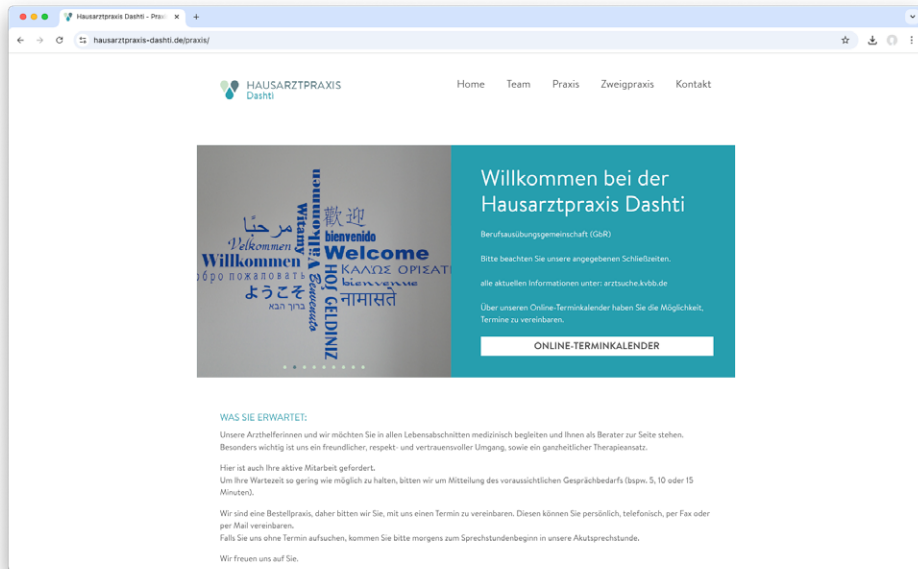
Einige Positivbeispiele



© Nutzung mit freundlicher Genehmigung von Praxis Nova Berlin



© Nutzung mit freundlicher Genehmigung von der Stadtteilpraxis Neukölln



© Nutzung mit freundlicher Genehmigung von der Hausarztpraxis Dashti

ETHNIZITÄT

Bezeichnet Menschengruppen, die Gemeinsamkeiten wie eine Sprache, Religion, Werte, Verhaltensarten oder eine (geglaubte) gemeinsame Abstammungsgeschichte teilen. Der Begriff ist (insbesondere im Deutschen) kritisch zu betrachten: Denn bei Ethnizität geht es auch um die Konstruktion von sogenannten Ethnien (ethnischen Gruppen) und um fiktive Grenzlinien, die zwischen ihnen gezogen werden. Der Begriff wird in Politik und Medien zum Teil als Ersatz für das Wort »Rasse« verwendet, zum Beispiel im Diskurs um sogenannte »ethnische Minderheiten«. Dabei findet keine ehrliche Aufarbeitung, sondern eine Kontinuität von Stereotypen und Hierarchien statt.

KULTUR / KULTURELL:

Kultur wird als von Menschen geschaffenes System von Werten, Normen, Denkformen, Bedeutungen und Verhaltensweisen verstanden. Kulturelle Bedeutungen finden einen sichtbaren Ausdruck durch Sprache, Bilder oder Bräuche. Der Charakter von Kultur ist nicht statisch, sondern dynamisch, wobei sich Kulturen gegenseitig beeinflussen. Kultur gilt als in sich selbst heterogen. Allerdings wird der Begriff »Kultur« oft anstelle des »Rassebegriffes« benutzt. Menschen werden entlang ihrer vermeintlichen oder echten kulturellen Zugehörigkeit voneinander getrennt und hierarchisiert (Kulturassismus).

MIGRATIONSHINTERGRUND

Aktuell definiert das Statistische Bundesamt »Menschen mit Migrationshintergrund« folgendermaßen: »Eine Person hat dann einen Migrationshintergrund, wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist«. Kinder deutscher Eltern, die im Ausland geboren wurden, besitzen nach dieser Definition keinen Migrationshintergrund. Das weist darauf hin, dass durch den Begriff »Migrationshintergrund« alte, fragwürdige Vorstellungen von ethnischer Zugehörigkeit und Staatsangehörigkeit im Sinn des »ius sanguinis« transportiert werden. Der »Migrationshintergrund« hat meist eine negative Konnotation im gesellschaftlichen Diskurs und wird oft mit Kriminalität, Armut und niedrigem Bildungsstand verknüpft. Außerdem können mit dieser Kategorie keine Aussagen darüber gemachten werden, ob Menschen Rassismuserfahrungen machen oder nicht.

MARGINALISIERUNG / MARGINALISIERT

bezeichnet bildlich die Verdrängung von Individuen oder Bevölkerungsgruppen an den Rand der Gesellschaft. Die Verdrängung kann auf verschiedenen Ebenen erfolgen, zum Beispiel geografisch, wirtschaftlich, sozial oder kulturell. Meist spielt sie sich auf mehreren Ebenen gleichzeitig ab. Marginalisierung findet in einem Machtgefüge statt und geht mit Diskriminierung einher: je weiter am gesellschaftlichen Rand sich eine Gruppe befindet desto weniger Macht hat sie und desto stärker ist sie gegenüber der gesellschaftlichen Mitte benachteiligt.

RASSIFIZIERUNG

Ist der Prozess, in denen Menschen nach rassistischen Merkmalen (Aussehen, Lebensformen oder imaginäre Merkmale) kategorisiert, stereotypisiert und hierarchisiert werden. Der Begriff Rassifizierung macht auf den Vorgang aufmerksam, der Menschen zu vermeintlich »Anderen« macht und stellt keine biologische Realität dar.

SINTI*ZZE, ROM*NJA

ist die Selbstbezeichnung einer nationalen Minderheit in Deutschland. In Europa wohnen circa 10 bis 12 Millionen Rom*nja, deren Vorfahren vor über 1000 Jahren in den europäischen Raum migrierten. Durch den Nationalsozialismus wurden ca. eine halbe Millionen Rom*nja und Sinti*zze ermordet. Eine Anerkennung des Genozides fand erst 1982 statt und betont das Fortbestehen rassistischer Diskriminierungen.

SOZIO-ÖKONOMISCHER STATUS

besteht aus Indikatoren wie Bildungsstatus, beruflicher Stellung, Einkommen, aus denen dann Chancen, Lebensumstände und gesellschaftliche Teilhabe einer Person abgeleitet werden. Der sozio-ökonomische Status ist eng mit dem Gesundheitszustand verbunden: je niedriger dieser ist, desto schlechter ist die Gesundheit der Person. Personen mit einem niedrigen sozio-ökonomischen Status haben zum Beispiel ein 2–3-mal höheres Risiko für eine Vielzahl an chronischen Erkrankungen.

- 1 M. Laws, »Why we capitalize ›Black‹ (and not ›white‹)«, *Columbia Journalism Review*, 16.06.2020.
- 2 M. A. Aikins, T. Bremberger, J. K. Aikins, D. Gyamerah, und D. Yildirim-Caliman, »Afrozensus 2020«, 2021.
- 3 Y. Paradies, M. Truong, und N. Priest, »A Systematic Review of the Extent and Measurement of Healthcare Provider Racism«, *J GEN INTERN MED*, Bd. 29, Nr. 2, S. 364–387, Feb. 2014, doi: 10.1007/s11606-013-2583-1.
- 4 C. A. Zestcott, I. V. Blair, und J. Stone, »Examining the Presence, Consequences, and Reduction of Implicit Bias in Health Care: A Narrative Review«, *Group Process Intergroup Relat*, Bd. 19, Nr. 4, S. 528–542, Juli 2016, doi: 10.1177/1368430216642029.
- 5 S. Hamed, H. Bradby, B. M. Ahlberg, und S. Thapar-Björkert, »Racism in healthcare: a scoping review«, *BMC Public Health*, Bd. 22, Nr. 1, S. 988, Mai 2022, doi: 10.1186/s12889-022-13122-y.
- 6 Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM), »Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors«. 2023.
- 7 Amt für Stadtentwicklung und Statistik, »Kölner Stadtteilinformationen Bevölkerung 2024«. 2024.
- 8 SoliMed Köln, »Gesundheitsatlas Köln«. 2020.
- 9 M. Mikuteit u. a., »Hauterkrankungen auf nicht-weißer Haut: Rassismuskritische Lehre am Beispiel der Dermatologie«, *Dermatologie*, Bd. 76, Nr. 9, S. 565–573, Sep. 2025, doi: 10.1007/s00105-025-05544-7.
- 10 Y. Karato, L. Hilt, und C. Theilig, »Flucht & Gewalt. Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2025. Fokus Grenzgewalt«. 2025.
- 11 British Medical Association, »Racism in medicine«. 2022.
- 12 Y. Paradies u. a., »Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis«, *PLoS ONE*, Bd. 10, Nr. 9, S. e0138511, Sep. 2015, doi: 10.1371/journal.pone.0138511.
- 13 E. Blix, A. Perski, H. Berglund, und I. Savic, »Long-Term Occupational Stress Is Associated with Regional Reductions in Brain Tissue Volumes«, *PLoS ONE*, Bd. 8, Nr. 6, S. e64065, Juni 2013, doi: 10.1371/journal.pone.0064065.
- 14 A. Danese und B. S. McEwen, »Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease«, *Physiol Behav*, Bd. 106, Nr. 1, S. 29–39, Apr. 2012, doi: 10.1016/j.physbeh.2011.08.019.
- 15 B. S. McEwen, »Stress, Adaptation, and Disease: Allostatic and Allostatic Load«, *Annals of the New York Academy of Sciences*, Bd. 840, Nr. 1, S. 33–44, Mai 1998, doi: 10.1111/j.1749-6632.1998.tb09546.x.
- 16 M. Berger und Z. Sarnyai, »More than skin deep: stress neurobiology and mental health consequences of racial discrimination«, *Stress*, Bd. 18, Nr. 1, S. 1–10, Jan. 2015, doi: 10.3109/10253890.2014.989204.
- 17 N. Gholap, M. Davies, K. Patel, N. Sattar, und K. Khunti, »Type 2 diabetes and cardiovascular disease in South Asians«, *Primary Care Diabetes*, Bd. 5, Nr. 1, S. 45–56, Apr. 2011, doi: 10.1016/j.pcd.2010.08.002.
- 18 A. K. Jenum, L. M. Diep, C. Holmboe-Ottesen, I. M. K. Holme, B. N. Kumar, und K. I. Birkeland, »Diabetes susceptibility in ethnic minority groups from Turkey, Vietnam, Sri Lanka and Pakistan compared with Norwegians – the association with adiposity is strongest for ethnic minority women«, *BMC Public Health*, Bd. 12, Nr. 1, S. 150, Dez. 2012, doi: 10.1186/1471-2458-12-150.
- 19 J. K. Kristensen, J. F. Bak, I. Witttrup, und T. Lauritzen, »Diabetes prevalence and quality of diabetes care among Lebanese or Turkish immigrants compared to a native Danish population«, *Primary Care Diabetes*, Bd. 1, Nr. 3, S. 159–165, Sep. 2007, doi: 10.1016/j.pcd.2007.07.007.
- 20 A. Misra und O. P. Ganda, »Migration and its impact on adiposity and type 2 diabetes«, *Nutrition*, Bd. 23, Nr. 9, S. 696–708, Sep. 2007, doi: 10.1016/j.nut.2007.06.008.
- 21 J. K. Ujicic-Voortman, M. T. Schram, M. A. Jacobs-van Der Bruggen, A. P. Verhoeff, und C. A. Baan, »Diabetes prevalence and risk factors among ethnic minorities«, *The European Journal of Public Health*, Bd. 19, Nr. 5, S. 511–515, Okt. 2009, doi: 10.1093/eurpub/ckp096.
- 22 S. Sivaprasad u. a., »Ethnic Variations in the Prevalence of Diabetic Retinopathy in People with Diabetes Attending Screening in the United Kingdom (DRIVE UK)«, *PLoS ONE*, Bd. 7, Nr. 3, S. e32182, März 2012, doi: 10.1371/journal.pone.0032182.
- 23 T. M. E. Davis, R. L. Coleman, R. R. Holman, und UKPDS Group, »Ethnicity and long-term vascular outcomes in Type 2 diabetes: a prospective observational study (UKPDS 83)«, *Diabet. Med.*, Bd. 31, Nr. 2, S. 200–207, Feb. 2014, doi: 10.1111/dme.12353.
- 24 H. Vandenheede u. a., »Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change«, *Eur J Epidemiol*, Bd. 27, Nr. 2, S. 109–117, Feb. 2012, doi: 10.1007/s10654-011-9638-6.
- 25 J. McKinlay, R. Piccolo, und L. Marceau, »An additional cause of health care disparities: the variable clinical decisions of primary care doctors«, *Evaluation Clinical Practice*, Bd. 19, Nr. 4, S. 664–673, Aug. 2013, doi: 10.1111/jep.12015.
- 26 S. Rikin, S. Deccy, C. Zhang, J. Crandall, Y. Deng, und L. Golestaneh, »Care Gaps in Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitor and Renin Angiotensin System Inhibitor Prescriptions for Patients with Diabetic Kidney Disease«, *J GEN INTERN MED*, Bd. 38, Nr. 7, S. 1599–1605, Mai 2023, doi: 10.1007/s11606-022-07863-0.
- 27 T. S. Carey u. a., »Race, care seeking, and utilization for chronic back and neck pain: population perspectives«, *J Pain*, Bd. 11, Nr. 4, S. 343–350, Apr. 2010, doi: 10.1016/j.jpain.2009.08.003.
- 28 J. M. Mossey, »Defining Racial and Ethnic Disparities in Pain Management«, *Clinical Orthopaedics & Related Research*, Bd. 469, Nr. 7, S. 1859–1870, Juli 2011, doi: 10.1007/s11999-011-1770-9.
- 29 T. W. Siddiqui u. a., »Bridging the Gap: Tackling Racial and Ethnic Disparities in Hypertension Management«, *Cureus*, Bd. 16, Nr. 10, S. e70758, Okt. 2024, doi: 10.7759/cureus.70758.
- 30 S. J. Thomas u. a., »Cumulative Incidence of Hypertension by 55 Years of Age in Blacks and Whites: The CARDIA Study«, *J Am Heart Assoc*, Bd. 7, Nr. 14, S. e007988, Juli 2018, doi: 10.1161/JAHA.117.007988.
- 31 A. A. Abrahamowicz, J. Ebinger, S. P. Whelton, Y. Commodore-Mensah, und E. Yang, »Racial and Ethnic Disparities in Hypertension: Barriers and Opportunities to Improve Blood Pressure Control«, *Curr Cardiol Rep*, Bd. 25, Nr. 1, S. 17–27, Jan. 2023, doi: 10.1007/s11886-022-01826-x.
- 32 B. M. Egan, »Editorial commentary: Racial and Ethnic Disparities in Hypertension Prevalence, Awareness, Treatment, and Control in the United States, 2013 to 2018«, *Hypertension*, Bd. 78, Nr. 6, S. 1727–1729, Dez. 2021, doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.121.18023.
- 33 M. L. Sells, E. Blum, G. S. Perry, P. Eke, und L. Presley-Cantrell, »Excess Burden of Poverty and Hypertension, by Race and Ethnicity, on the Prevalence of Cardiovascular Disease«, *Prev Chronic Dis*, Bd. 20, S. E109, Nov. 2023, doi: 10.5888/pcd20.230065.
- 34 B. P. Deere und K. C. Ferdinand, »Hypertension and race/ethnicity«, *Curr Opin Cardiol*, Bd. 35, Nr. 4, S. 342–350, Juli 2020, doi: 10.1097/HCO.0000000000000742.
- 35 A. Helmer, N. Slater, und S. Smithgall, »A Review of ACE Inhibitors and ARBs in Black Patients With Hypertension«, *Ann Pharmacother*, Bd. 52, Nr. 11, S. 1143–1151, Nov. 2018, doi: 10.1177/1060028018779082.
- 36 M. Côté-Oligny, J. C. Perry, M.-É. Paré, und R. Kronick, »The mental health of migrants living in limbo: A mixed-methods systematic review with meta-analysis«, *Psychiatry Research*, Bd. 337, S. 115931, Juli 2024, doi: 10.1016/j.psychres.2024.115931.
- 37 P. Bourgois, S. M. Holmes, K. Sue, und J. Quesada, »Structural Vulnerability: Operationalizing the Concept to Address Health Disparities in Clinical Care«, *Acad Med*, Bd. 92, Nr. 3, S. 299–307, März 2017, doi: 10.1097/ACM.0000000000001294.
- 38 J. L. Y. Yip, S. Poduval, L. de Souza-Thomas, S. Carter, und K. Fenton, »Anti-racist interventions to reduce ethnic disparities in healthcare in the UK: an umbrella review and findings from healthcare, education and criminal justice«, *BMJ Open*, Bd. 14, Nr. 2, S. e075711, Feb. 2024, doi: 10.1136/bmjopen-2023-075711.

DANKSAGUNG

Dieser Leitfaden wurde im Rahmen des Projektes »Weiterbildung für eine Diversitätssensible Primärversorgung« (We4DiP) am Institut für Allgemeinmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin entwickelt und von dem Projekt »Empowerment für Diversität – Allianz für Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung und der Stiftung Mercator gefördert.

Die Erstellung erfolgte in einem partizipativen Entwicklungsprozess unter aktiver Mitwirkung des RESPoNsE-Praxisbeirates, bestehend aus Allgemeinärzt*innen, Medizinischen Fachangestellten (MFAs) sowie weiteren Mitarbeitenden.

Ein besonderer Dank gilt zudem den freiwilligen Unterstützer*innen des Poliklinik-Syndikats sowie des Gesundheitskollektivs Berlin, die durch ihre Expertise und praktischen Erfahrungen wesentliche Impulse zur inhaltlichen Gestaltung beigetragen haben.

In Zusammenarbeit mit



**EMPOWERMENT
FÜR DIVERSITÄT**
Allianz für Chancengleichheit
in der Gesundheitsversorgung

Gefördert durch

**STIFTUNG
MERCATOR**

Unterstützt durch

**POLIKLINIK
SYNDIKAT**
SOLIDARISCHE GESUNDHEITZENTREN

