

INHALT



Amelie Klemens

*„Man sieht so etwas Großes wie Rassismus als etwas Kleines an“.
Der Umgang angehender Ärzt:innen mit Rassismuserfahrungen
in ihrem Arbeits- und Studienalltag*

<i>Hinführung zum Thema</i>	3
<i>Begriffsverwendung</i>	6
<i>Forschungshintergrund: theoretische Perspektiven auf Rassismus</i>	7
<i>Rassismus in Wissenschaftsgeschichte und kritisches Weißsein</i>	7
<i>Rassismus als Alltagserfahrung und kulturwissenschaftlicher Bezug</i>	11
<i>Rassismus als Analysekategorie: Othering, Silencing und Empowerment</i>	14
<i>Forschungsdesign: methodisches Vorgehen und Herausforderungen in der Rassismusforschung</i>	19
<i>Methodische Vorüberlegungen und Erkenntnisinteresse</i>	19
<i>Zugang zu Akteur:innen und Forschungsprozess</i>	21
<i>Forschungsfeld und Akteur:innen</i>	22
<i>Vorgehen der Datenerhebung und -auswertung</i>	25
<i>Eigene Positionierung und forschungsethische Reflexion</i>	28
<i>Empirische Ergebnisse: Rassismus in der Medizin und der Umgang damit</i>	32
<i>Der Umgang mit Sprachbarrieren: die Bewältigung struktureller Hürden</i>	32
<i>Zwischen ‚einfach machen‘ und gewissenhafter Aufklärung</i>	33
<i>Dolmetscher:innendienst als strukturelles Unterstützungsangebot</i>	37
<i>Die Rolle als (Sprach-)Vermittler:innen</i>	39
<i>Das Denken in Schubladen: Praktiken des Othering im Arbeits- und Studienalltag</i>	43
<i>Individuelle Rassismuswahrnehmungen und -erfahrungen</i>	43

<i>Das Aufbrechen vertrauter Glaubensmuster</i>	47
<i>Von Kontern bis Verstummen: Rassismuskritik und Widerstände</i>	54
<i>Das (An-)Erkennen von Wissenslücken: epistemische Ordnungen und Handlungsbedarf</i>	60
<i>Rassistische Narrative und Bilder in der Lehre</i>	61
<i>Wissenslücken und Leerstellen in der Forschung</i>	64
<i>Wissensaneignung und Zukunftsperspektiven für Praxis und Lehre</i>	69
<i>Nur ein Kurs, nur ein Buch, nur eine Stelle – Status quo und Ausblick</i>	76
<i>Literaturverzeichnis</i>	82
<i>Quellenverzeichnis</i>	91

„MAN SIEHT SO ETWAS GROSSES WIE RASSISMUS ALS ETWAS KLEINES AN“.

DER UMGANG ANGEHENDER ÄRZT:INNEN MIT RASSISMUSERFAHRUNGEN IN IHREM ARBEITS- UND STUDIENALLTAG

Amelie Klemens

Hinführung zum Thema

„Der Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems stellt ein Menschenrecht dar“ (Bartig et al. 2021: 64), genauso wie jedem Menschen in der Bundesrepublik Deutschland ein „Recht auf Gesundheit“ (Bartig et al. 2021: 11) zusteht. In der praktischen Umsetzung zeigt sich jedoch, dass nicht alle Patient:innen gleichermaßen von diesen Rechten Gebrauch machen können. Insbesondere rassistisch markierte Personen erfahren immer wieder Diskriminierung und Ausschlüsse im medizinischen Bereich. Deutlich macht dies vor allem der Bericht „Rassismus und seine Symptome“, welcher im November 2023 vom Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa) veröffentlicht wurde. Laut dem Bericht gibt mehr als jede dritte rassistisch markierte Person an, dass ihre gesundheitlichen Beschwerden nicht ernst genommen wurden, weshalb viele von ihnen Ärzt:innen gewechselt oder eine ärztliche Behandlung hinausgezögert haben. Besonders betroffen sind Frauen: Während 29 Prozent der nicht rassistisch markierten Frauen diesen Eindruck teilen, liegt der Anteil bei muslimischen Frauen bei 39 Prozent und bei asiatischen Frauen bei 37 Prozent. Der Bericht kombiniert durch den multimethodischen Ansatz quantitative Erhebungen mit fundierten Analysen und liefert damit eine umfassende Untersuchung zu Rassismus im deutschen Gesundheitssystem. Zwar stellt sich insbesondere bei statistischen Methoden die Frage, inwieweit Rassismus überhaupt messbar ist und ob die Kategorisierung von Gruppen nicht eigene Probleme birgt. Dennoch versuchte die Studie, die soziale Realität der Betroffenen umfassend einzufangen, um die Dringlichkeit der aufgezeigten Handlungsempfehlungen für Politik und Gesellschaft zu unterstreichen (DeZIM 2023).

Doch was ist eigentlich der medizinische Bereich? Und wer hat sich bisher damit wissenschaftlich auseinandergesetzt? Gerade das Thema Rassismus in der Medizin vereint die Perspektiven verschiedenster Fachdisziplinen. So beschäftigt sich unter anderem seit den 1970er Jahren die Medizinethnologie beziehungsweise Medizinanthropologie mit der „kulturelle[n] Konstruktion medizinischen Wissens und Tuns“ (Bichmann 2013: 10) und fragt nach den individuellen sowie kollektiven Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Verbunden damit heben sie hervor, dass es nicht nur

„die‘ traditionelle Medizin“ (Greifeld 2013: 16) gibt, sondern dass wir es in einer globalisierten Welt mit pluralen Verständnissen zu tun haben (Greifeld 2013). Allen voran blickt die *Critical Medical Anthropology* dabei auf die Relevanz von Wissen und Macht im medizinischen Gesundheits- und Versorgungssystem (Dilger 2010). Ohne Rassismus direkt zu thematisieren, beschäftigt sich der Forschungsbereich kritisch mit Zugängen und Formen der Gesundheitsversorgung im Kontext von Migration und Gesundheit (Greifeld 2013: 15). Als eigenes Forschungsthema ist Rassismus im Gesundheitswesen vor allem im interdisziplinären Bereich der *Public-Health*-Forschung in den vergangenen Jahren verstärkt in den Fokus gerückt. Allerdings verweisen die Soziolog:innen und Politikwissenschaftler:innen um Sarah Hamed (Hamed et al. 2022) in ihrem Bericht „*Racism in healthcare: a scoping review*“ auf ein Forschungsdefizit in Europa im Vergleich zum anglo-amerikanischen Raum. Sie führen die umfangreichere Forschungslage darauf zurück, dass im englischsprachigen Raum ‚*race*‘ als feste Kategorie in der Wissenschaft etabliert ist, während im europäischen Raum Rassismusforschung aufgrund des historisch belasteten Begriffs ‚*Rasse*‘ nach wie vor gemieden werde. In der Folge konstatieren sie eine Forschung, die in ihrer Analyse vorwiegend deskriptiv, ahistorisch und atheoretisch bleibt. Da vor allem die historische Dimension des Begriffes ‚*Rasse*‘ weniger Beachtung findet, wird ihrer Ansicht nach die Existenz von ‚*Rasse*‘-Konzepten nahezu als gegeben hingenommen und Prozesse der Rassifizierung¹ ausgeblendet (Hamed et al. 2022).

So schlage sich in der Forschung zu Rassismus im medizinischen Bereich nieder, was sich generell in der deutschsprachigen Rassismusforschung abzeichnet. Einerseits konstatieren die Sozialwissenschaftler:innen Cihan Sinanoğlu und Serpil Polat einen positiv zu bewertenden Wandel in der Thematisierung von Rassismus sowie der Aufklärung rassistischer Vorfälle in Deutschland – nicht zuletzt seit der internationalen *Black-Lives-Matter*-Bewegung im Jahr 2020 und dem rassistischen Anschlägen in Hanau und Halle². Nach einer jahrelangen Tabuisierung von Rassismus nehmen die beiden eine zunehmende Bereitschaft für die Auseinandersetzung mit Rassismus in Wissenschaft und Gesellschaft wahr. Andererseits kritisieren sie, dass Rassismus als analytische Perspektive weiterhin weitgehend gemieden wird und eine Institutionalisierung der Rassismusforschung noch ausblieb. Ohnehin herrscht Uneinigkeit darüber, wie man den Forschungsbereich

-
- 1 Mit dem Begriff wird ein diskursiver Prozess bezeichnet, durch den Gruppen sozial konstruiert und anhand zugeschriebener Merkmale kategorisiert werden. Den vermeintlich homogenen Gruppen werden dabei bestimmte biologische und/oder kulturelle Eigenschaften zugeschrieben. Diese Zuschreibungen werden naturalisiert und hierarchisiert, um auf diese Weise gesellschaftliche Ausschlüsse zu legitimieren und aufrechtzuerhalten (Afeworki Abay 2023: 55).
 - 2 Der Anschlag in Halle richtete sich vor allem gegen jüdisches Leben und war antisemitisch motiviert. In den gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Debatten werden beide Ereignisse dennoch häufig gemeinsam betrachtet, da sie Ausdruck einer rassistischen und rechtsextremen Ideologie sind (DeZIM 2022: 16).

überhaupt nennen sollte: Rassismusforschung? Antirassismusforschung? Oder rassismuskritische Forschung? Hinzu kommt eine konzeptionelle Unklarheit im Alltagsverständnis wie auch in der Wissenschaft, was man überhaupt unter Rassismus fassen und wie man ihn definieren soll. Um diese Unschärfe und Unklarheiten zu bewältigen, braucht es für Sinanoğlu und Polat umso mehr eine Reflexion und Auseinandersetzung mit rassistischen Gesellschaftsstrukturen und Lebensrealitäten von Betroffenen (Sinanoğlu/Polat 2023).

An diesem Punkt möchte ich mit meiner Arbeit anknüpfen und mich einem alltäglichen und oft als objektiv angesehenen Bereich zuwenden: der (Bio-)Medizin. Gerade den Naturwissenschaften wird eine Neutralität zugeschrieben, sodass ihre Verstrickung mit gesellschaftlichen Wertvorstellungen – einschließlich rassistischer Strukturen und Denkmuster – oft unsichtbar bleibt (Greifeld 2013). Doch anstatt diese als gegeben hinzunehmen, frage ich danach, welche rassistischen Vorstellungen sich in die medizinischen Praktiken und Wissensformen einschreiben. Dafür habe ich Interviews mit (angehenden) Ärzt:innen geführt, die potenziell selbst von Rassismus betroffen sind. Ihre Perspektiven als potenziell Betroffene sowie gleichzeitig als Akteur:innen im medizinischen Sektor eröffnen mir Einblicke sowohl in die individuelle Erfahrung von Rassismus als auch in dessen strukturelle Dimensionen. Dabei geht es nicht nur um ihr (Mit-)Erleben von Rassismus, sondern auch um ihre individuellen Bewältigungsstrategien und bestehende strukturelle Unterstützungsangebote. Im Zentrum der Arbeit stehen folgende Forschungsfragen:

1. Wie erfahren und (mit-)erleben angehende Ärzt:innen Rassismus in ihrem Arbeits- und Studienalltag in medizinischen Bereichen?
2. Welche Umgangs- und Bewältigungsstrategien eignen sie sich an?
3. Und in welchem Verhältnis stehen diese Strategien zu den strukturellen Unterstützungsangeboten?

Rassismus als gelebte Lebensrealität zu theoretisieren, dient in dieser Arbeit dazu, die Alltäglichkeit von Rassismus zu erforschen. Die Kulturwissenschaft als eine „Wissenschaft, die sich für die Dinge des Alltags zuständig erklärt“ (Kaschuba 2012: 101) bietet für dieses Vorhaben einen geeigneten Rahmen. Einerseits ist sie für den Kulturwissenschaftler Wolfgang Kaschuba darauf ausgerichtet, „aus ‚kleinen‘ Beobachtungen ‚große‘ Rückschlüsse zu ziehen“ (2012: 115–116). Zwar gilt ihm zufolge ihr Forschungsinteresse im Allgemeinen den Ordnungsvorstellungen des gesellschaftlichen Zusammenlebens, den daraus hervorgehenden Handlungsweisen sowie möglichen Spielräumen. Gleichwohl basiert das Fachverständnis auf der Annahme, dass sich auch in kleineren gesellschaftlichen Bereichen, wie eben dem medizinischen Bereich, gesamtgesellschaftliche Funktionsweisen und Strukturen wie Rassismus abbilden und dadurch erforschen lassen. Andererseits kennzeichnet die kulturwissenschaftliche Betrachtungsweise für Kaschuba „das Zugehen auf Gegenwartsprobleme, ohne die historische Dimension zu verlassen“ (2012: 14). Dies erscheint vor dem Hintergrund der oftmals

ahistorischen Auseinandersetzung mit Rassismus im medizinischen Bereich umso notwendiger (Hamed et al. 2022: 13). Schließlich haben die menschenverachtenden medizinischen Experimente während der Kolonialzeit oder die Verbrechen des Nationalsozialismus ein historisches Erbe hinterlassen, das nicht ausgeblendet werden kann (Nguyen/Puhlmann 2023). Aus diesem Grund beginne ich im Folgenden meine Arbeit mit einem skizzenhaften Abriss zur historischen Entstehung des ‚Rasse‘-Begriffes und des Rassismus in den ‚modernen‘ (Natur-)Wissenschaften. Für die Literaturwissenschaftlerin Susan Arndt impliziert eine historische Aufarbeitung von Rassismus genauso die Auseinandersetzung mit der Kategorie ‚Weißsein‘, da diese lange „enthistorisiert, entpolitisiert, sprich dethematisiert“ (2005b: 27) wurde. Daher greife ich ebenfalls die *Critical Whiteness Studies* auf (Arndt 2005b). In Bezug darauf folgt eine kurze Einführung in die gegenwärtigen Ansätze der deutschsprachigen Rassismusforschung, insbesondere zum Alltagsrassismus und seinen kulturwissenschaftlichen Anknüpfungspunkten, bevor ich zuletzt die zentralen Analysekategorien der Arbeit näher erläutere. Anschließend stelle ich mein Forschungsdesign ausführlicher vor und gehe dabei näher auf das Forschungsfeld, die Forschungspartner:innen und das methodische Vorgehen ein. Da insbesondere die eigene Disziplin und ihre verwandten Fächer wesentlich zu Betrachtung des ‚Anderen‘ und ‚Fremden‘ beigetragen haben (Kaschuba 2012), beinhalten die ersten beiden Kapitel eine Reflexion der theoretischen Perspektiven, des methodischen Vorgehens sowie meiner Position als Forscherin. Es bildet schließlich die Grundlage für die Darstellung der empirischen Ergebnisse in den darauffolgenden drei Kapiteln: dem Umgang mit Sprachbarrieren und Aufklärung, den Praktiken des *Othering* und der Suche nach Mustern sowie dem (An-)Erkennen von Wissenslücken und eines Handlungsbedarfs. Im daran anschließenden Fazit werden die Ergebnisse nochmals in einem übergeordneten Kontext diskutiert, eigene Forschungslücken identifiziert sowie weitere Forschungsperspektiven aufgeworfen.

Begriffsverwendung

rassistisch markiert: Für meine Forschung wurde als Umschreibung ‚rassistisch markierte‘ Personen gewählt. Mit der Bezeichnung möchte ich die Praktik der ‚Rassifizierung‘ hervorheben. Als eine Praktik, welche in einem Interaktionsprozess hergestellt wird, setzt sie voraus, dass es nicht nur das ‚rassistisch markierte Andere‘ gibt, sondern ebenso das ‚unmarkierte weiße Selbst‘ (Eggers 2005: 56). Es würde sich auch der inzwischen geläufige Begriff *PoC* (*People of Color*) anbieten, welcher sich teils als widerständige und solidarisierende Selbstbezeichnung auf Personengruppen mit Rassismuserfahrungen bezieht. Allerdings vermag der Begriff ‚rassistisch markiert‘ etwas breiter unterschiedliche Rassismen, wie antimuslimischer, antisemitischer wie auch antisteuropäischer/antislawischer Rassismus umfassen, wobei letztere im Zusammenhang mit *PoC* umstritten sind (Mohseni 2020).

weiß: Der Begriff *weiß* bezieht sich in der Arbeit nicht auf den Marker „Hautfarbe“, sondern dessen ideologische und politische Dimension. Er verweist auf die privilegierte und machtvolle Position *weißer* Personen innerhalb eines rassistischen Systems. Aus einer postkolonialen Perspektive steht der Begriff in Verbindung mit der Herausbildung eines europäisch imaginierten Selbstverständnisses und Hegemonieanspruches (Arndt 2005b). Der Begriff wird in der Arbeit *kursiv* und klein geschrieben.

Schwarz: Genauso bezieht sich der Begriff Schwarz in der Arbeit auf eine gesellschaftliche Position innerhalb rassistischer Gesellschaftsstrukturen. Zwar haben sich inzwischen Eigenbezeichnungen wie ‚Afrodeutsche‘, ‚Schwarze Deutsche‘ oder ‚*People of Color*‘ etabliert (Arndt/Ofuatey-Alazard 2011), allerdings geht es in dieser Arbeit in erster Linie um das soziale Konstrukt von Schwarzsein und dessen historische Dimensionen (Nnaemeka 2005). Der Begriff wird in der Arbeit großgeschrieben.

In der Arbeit wird zudem die Kursivschreibung für englische Begriffe genutzt. Dies hat ausschließlich formelle Gründe und ist nicht als ideologische Markierung und inhaltliche Hervorhebung zu verstehen.

Forschungshintergrund: theoretische Perspektiven auf Rassismus

Ausgehend von einer oft kritisierten Gefahr der Enthistorisierung von Rassismus und der begrifflichen Unschärfe (Junker 2005: 432), wird in den folgenden Abschnitten der historische Hintergrund des ‚Rasse‘-Begriffes im Kontext sich herausbildender moderner (Natur-)Wissenschaften nachgezeichnet und neue Ansätze in der Rassismusforschung werden aufgezeigt. Im darauffolgenden Abschnitt werden das Verständnis von Rassismus am Phänomen des Alltagsrassismus vertieft und kulturwissenschaftliche Anknüpfungspunkte diskutiert. Abschließend stelle ich drei zentrale theoretische Perspektiven vor, welche Rassismus als Analysekategorie in der Arbeit anschlussfähig machen.

Rassismus in Wissenschaftsgeschichte und kritisches *Weißsein*

Erste gesellschaftliche Konzepte über ‚Hautfarbe‘ tauchten in Verbindung mit Klimatheorien bereits in Schriften aus der griechischen Antike auf. Dabei verkörperte das *Weiß*e das Schöne und Göttliche im Gegensatz zum Schwarzen, welches als das Böse konstruiert wurde und das der Argumentation nach durch das Klima „mental und kulturell unterlegen, ja animalisch“ (Arndt 2017: 35) sei. Im aufkommenden Christentum setzte sich die Symbolik und Unterscheidungspraxis fort und sie waren schließlich Ende des 15. Jahrhunderts eine der treibenden Kräfte für die sogenannte ‚*Reconquista*‘ – die christliche ‚Rückeroberung‘ der iberischen Halbinsel von der muslimisch geprägten Vorherrschaft. Im darauffolgenden Kolonialismus nahm schließlich die Vorstellung einer *weißen* christlichen Überlegenheit ihr gewaltvolles Ausmaß an und mündete in der Eroberung, Aus-

beutung, Versklavung und massenhaften Ermordung der kolonialisierten Bevölkerungen weltweit. Eine eurozentristische Weltanschauung gewann dabei nicht nur an Bedeutung und Dominanz, sondern wurde gleichzeitig als Legitimationsgrund für die Eroberung der bisher unbekannten Regionen aufgeführt (vgl. Arndt 2017). Damit einher ging die Produktion rassistischer Wissensordnungen. Wer nicht in die damaligen Kolonien reisen konnte, bezog sich in der Wissensproduktion auf Augenzeug:innenberichte (Nguyen/Puhlmann 2023: 172–173). Genres wie die Reise- und Abenteuerliteratur, die sich ab dem 15. Jahrhundert herausbildeten, gewannen im Laufe der europäischen Expansion immer mehr an Bedeutung – ab dem 17. und 18. Jahrhundert waren diese zudem fest innerhalb der Wissenschaften etabliert. Insbesondere Disziplinen wie die Anthropologie trugen dabei für die Ethnologin Katharina Schramm explizit zur Herstellung von „racial knowledge“ (2005: 461) bei und prägten auf diese Weise das europäische *weiße* Selbstverständnis in Abgrenzung zum objektifizierten ‚Anderen‘ (Kaschuba 2012: 31; Nguyen/Puhlmann 2023; Schramm 2005). Mit der zunehmenden Mobilität und dem weltweiten Ausbau kolonialer Netzwerke bewegten sich immer mehr *Weiße* in nichteuropäischen Gebieten und Schwarze in europäischen Regionen, sodass Zweifel an den bis dahin gültigen Klimatheorien aufkamen. Während bis zum 18. Jahrhundert ‚Rassen‘-Theorien stärker religiös begründet waren, folgte mit der Epoche der Aufklärung ihre Säkularisierung sowie Verwissenschaftlichung – weg von Religion, Tradition und Aberglauben und hin zur Rationalität und Vernunft. Um also einen vermeintlich fundierten Beweis für die Existenz von ‚Rassen‘ zu finden, wurden nun systematische Vermessungen von Schädeln, Skeletten oder auch Sexualorganen vorgenommen. Mithin eröffneten sich mit der europäischen Expansion „rechtsbefreite Räume“ (Nguyen/Puhlmann 2023: 173) oder auch „Laboratorien der Moderne“ (Kien Nghi 2005:107) – wie sie der Politologe Kien Nghi Ha bezeichnet. Diese machten die Durchführung von bis dahin aus religiös-ethischen Gründen untersagten Experimenten erst möglich (Arndt 2017; Nguyen/Puhlmann 2023). Auch in der Kolonialmedizin erfolgte die Durchführung von medizinischen Experimenten zur Sicherung der gültigen ‚Rassen‘-Konzepte (Kritische Medizin München 2021). Insbesondere in der Tropenmedizin wurden Infektionskrankheiten bestimmten Bevölkerungsgruppen zugeschrieben, was eine ‚Rassen‘-Trennung als medizinische Präventionsmaßnahme legitimierte. So identifizierte beispielsweise der Bakteriologe Robert Koch bei seiner Forschungsreise 1897/98 Malaria „als zentrale Gefahr für das koloniale Projekt“ (Hedrich 2021: 199). Um, wie Robert Koch es formulierte, die „friedlich[e] Eroberung der schönsten und fruchtbarsten Länder dieser Erde“ (Hedrich 2021: 211) dennoch fortsetzen zu können, engagierten sich Wissenschaftler:innen in Europa fortan bei der Bekämpfung der Krankheit. Schließlich regte der Bakteriologe Koch die Errichtung eines Tropeninstituts in Deutschland an, welches 1900 in Hamburg als „Tor zur kolonialen Welt“ (Hedrich 2021: 201) gegründet und später nach dem seinerzeitigen Hafenarzt und ersten Direktor Bernhard Nocht umbenannt wurde. An dem Institut wurde neben der Therapie

tropenkrankter Patient:innen die Ausbildung von Regierungs- und Kolonialärzt:innen sowie tropenmedizinische Forschung durchgeführt (Hedrich 2021). Mit der zunehmenden Erforschung des menschlichen Körpers konnte jedoch die Existenz von ‚Rassen‘ nicht mehr allein an ‚äußeren‘ Merkmalen wie zum Beispiel der Schädelgröße festgemacht werden. Zum „Träger soziokultureller Eigenschaften“ (Arndt 2017: 40) wurden von den ‚Rassen‘-Theoretiker:innen nunmehr ‚innere‘ Merkmale wie zum Beispiel Blut und Gene erklärt (Arndt 2017). Aufgegriffen und gestützt wurden diese Vorstellungen von Vererbungs- und Evolutionstheoretiker:innen wie Charles Darwin (Nguyen/Puhlmann 2023). Auch die sich im 19. Jahrhundert verstärkt entwickelnde ‚Rassen‘-Anthropologie erzeugte „mit verschiedensten Klassifikationsmodellen, diversen Messmethoden und einer Fülle von Differenzmarkern eine schier riesige Menge von Studien und Daten [...], welche die Minderwertigkeit der ‚Anderen‘ beweisen sollte“ (Brückmann et al. 2009: 26). Die genetische und eugenische Bewegung des 19. Jahrhunderts bildeten schließlich den Nährboden für nationalistische und völkische Bestrebungen. Im Nationalsozialismus spitzte sich die ‚Rassen‘-Ideologie auf die Überlegenheit ‚arischer Rassen‘ zu. Sie mündete unter anderem in der Verfolgung und Ermordung von Millionen von Menschen – darunter vor allem Jüdinnen:Juden und Sinti:zze und Rom:nja. Auch Schwarze Menschen, Menschen mit Behinderung oder Erkrankungen sowie homosexuelle Menschen wurden Opfer rassistischer Gewalt, Zwangssterilisierung und gesellschaftlicher Ausgrenzung (Arndt 2011: 41; Traußneck 2023: 103). Die Literaturwissenschaftlerin Susan Arndt folgert:

„[Hier] schließt sich der Kreis: Der ‚Rassen‘wahn des nationalsozialistischen Deutschlands war nicht in einem Vakuum entstanden oder zur Gänze neu erfunden worden, sondern resultierte zu großen Teilen aus dem europäischen Projekt, Gewalt und Großmachtbestreben mit der Erfindung von ‚Rassen‘ zu legitimieren und durchzusetzen.“ (Arndt 2011: 41)

Die hier skizzenhaft angeschnittene historische Entwicklung von ‚Rasse‘-Konzepten zeigt eine lange Geschichte auf. Ein kritischer Diskurs über Rassismus nicht nur als historisches, sondern auch als Gegenwartsphänomen, hat sich dagegen erst spät entwickelt. Im deutschsprachigen Raum findet sich die erste Nennung des Begriffes Rassismus zwar 1933 bei dem deutsch-jüdischen Sexualforscher Magnus Hirschfeld, doch bis in die 1990er-Jahre wurde das Phänomen größtenteils in der Vergangenheit verortet und nach der „Stunde Null“ für überwunden erklärt (Alexopoulou 2023). Schließlich habe man sich vom biologistischen ‚Rassen‘-Verständnis distanziert. Dass im Zusammenhang mit Rassismus jedoch anstelle der biologischen Differenzmerkmale zunehmend kulturelle aufgeführt wurden, blieb dadurch lange unberücksichtigt (Nguyen/Puhlmann 2023). Die Historikerin Maria Alexopoulou sieht in der Tabuisierung des Begriffes folglich eine Verschleierung der Kontinuität rassistischer Praktiken sowie ihrer strukturellen Verankerung nach 1945 (Alexopoulou 2023: 24). Um sich den

Begriff ‚Rasse‘ wieder aus einer antirassistischen Perspektive anzueignen und das Fortwirken rassistischer Praktiken und Strukturen anzuerkennen, folgte in den 1990er Jahren in den Sozial- und Kulturwissenschaften ein *racial turn* (Arndt 2017: 42). Susan Arndt umschreibt den Paradigmenwechsel als „turning the gaze‘ weg von ‚Rasse‘ als biologistischem Konstrukt und hin zu *Rasse* als sozialer Realität und kritische Analysekategorie“. Sichtbar wird diese veränderte Perspektive unter anderem „durch die Unterscheidung zwischen der Schreibweise in Anführungszeichen (‚Rasse‘) und Kursiv-Setzung (*Rasse*)“ (Arndt 2006: 11). Gleichzeitig geht für Arndt mit dem *racial turn* die Erkenntnis einher, dass ein umfassendes Verständnis von Rassifizierungsprozessen nicht ohne eine veränderte Perspektive auf den „unmarked marker“ (Arndt 2006: 13), das *Weißsein*, möglich ist (Arndt 2006). Obwohl schon seit dem Kolonialismus *People of Color* auf *weiße* Dominanzverhältnisse aufmerksam gemacht haben, etablierte sich erst in den 1990er-Jahren *Weißsein* als eine wissenschaftliche Analysekategorie. Grundlage dafür war eine Schwarze Hegemonialkritik und die Forderung nach einem Perspektivenwechsel: weg vom ‚Anderen‘ hin zu der Fokussierung der privilegierten und dominanten *weißen* Position. Seither bildeten sich die *Critical Whiteness Studies* als interdisziplinäres Feld erst im angloamerikanischen, später auch im deutschsprachigen Raum heraus. Mit diesem Blickwechsel sollte die Machtposition *weißer* Personen nicht mehr unsichtbar bleiben (Eggers et al. 2005; Piesche 2005). Das *turning the gaze* hin zu *Rasse* als sozialer Realität und zum unmarkierten Markierer *Weißsein* setzte in der Rassismusforschung ein Umdenken in Gang (vgl. Arndt 2006). Inzwischen haben sich Begriffe wie „institutioneller Rassismus“, „struktureller Rassismus“ oder „individueller Rassismus“ etabliert (Rommelspacher 2009: 30). Im Diskursfeld wird zudem von Rassismen statt nur von Rassismus gesprochen. Dieser Begriff zeigt, Rassismus hat viele Facetten und Geschichten, was eine einheitliche Begriffsdefinition umso schwieriger macht (Mecheril/Melter 2009). Deshalb soll an dieser Stelle eine Begriffsverständnis, wie es der Politikwissenschaftler und Europäische Ethnologe Halil Can formuliert, aufgeführt werden:

„In diesem Kontext wird unter Rassismus in den Dimensionen von Raum und Zeit eine (kolonial-)historisch konstruierte und in den verschiedenen Gesellschaftsebenen alltäglich, institutionell, strukturell und diskursiv wirkungsmächtige Diskriminierungs- und Gewaltform unter vielen anderen verstanden, die über nationale Formationen hinaus auch eingeschrieben in transnationale und globale Strukturen und Prozesse basierend auf biologisch-phänotypischen und kulturell-sozialen Merkmalen durch In- und Exklusionsmechanismen und -prozessen zwischen Individuen und Kollektiven beim Zugang zu bzw. in der Verteilung von Macht, Kapitalien und Positionen Differenz und Ungleichheit konstruiert und generiert.“ (Can 2022: 399–400)

Can spricht hier verschiedene Facetten von Rassismus an. Insbesondere knüpft er an einem weiter gefassten Verständnis von Rassismus an, in dem dieser nicht nur eine Unterscheidungspraxis aufgrund zugeschriebener

Merkmale ist, sondern auch mit Fragen von Macht und Ressourcenverteilung zusammenhängt sowie mit anderen Diskriminierungsformen einhergehen kann.

Die bisherigen Ausführungen verdeutlichen, wie Rassismus als Konstrukt in der Wissenschaft – unter anderem durch Einfluss der Naturwissenschaften und der Anthropologie – gewachsen ist und sich transformiert sowie adaptiert hat. Zudem wurde ersichtlich, wie auch *Weißsein* als Konstrukt des Rassismus historisch gewachsen ist, wie Wissenschaftler:innen akademische Felder und Wissen für sich vereinnahmten und dabei insbesondere im Zuge der Aufklärung den Anspruch einer scheinbaren ‚Neutralität‘ und ‚Objektivität‘ erhoben haben (Nguyen/Puhlmann 2023). Von der historischen Dimension möchte ich im folgenden Kapitel zu der gegenwartsbezogenen alltäglichen Erscheinungsform von Rassismus übergehen, welche ich in dieser Arbeit aus Perspektive angehender Ärzt:innen beleuchte.

Rassismus als Alltagserfahrung und kulturwissenschaftlicher Bezug

Obwohl Rassismus als gelebte Lebensrealität bis in die Gegenwart fortbesteht, wurde es insbesondere nach dem Nationalsozialismus zu einem oft gemiedenen Thema. Es setzte sich die Vorstellung durch, diese Ideologie nach 1945 überwunden zu haben. Dadurch wurde „Rassismus als eine Ausnahme im gesellschaftlichen Funktionieren, als Bruch in einer ansonsten friedlichen ‚Normalität‘“ (Terkessidis 2004: 8) verstanden, sodass rassistische Kontinuitäten verdeckt blieben. Denn indem Rassismus lediglich als ein isoliertes Phänomen betrachtet wird, welches nur in Ausnahmefällen auftritt, wird dessen Verankerung in der Gesellschaft, in Strukturen sowie Institutionen völlig ausgeblendet (Alexopoulou 2023: 41). Darüber hinaus offenbart sich darin nicht selten der Trugschluss, dass Rassismus nicht nur als eine Ausnahmeerscheinung, sondern ebenso als ein Randphänomen und ein Problem rechter Gruppierungen angesehen wird. In öffentlichen wie auch wissenschaftlichen Diskursen wird dieses Phänomen gegenwärtig daher oft unter Begriffen der Fremdenfeindlichkeit, Ausländerfeindlichkeit oder des Rechtsextremismus behandelt und diskutiert (Sinanoğlu/Polat 2023). Wenn jedoch Rassismus allein mit expliziten Hierarchisierungen und gewaltvollen Handlungen in Verbindung gebracht wird, welche hin und wieder bei rassistisch motivierten Gewalttaten in Erscheinung treten, bleibt dessen weniger offensichtliche Form im Alltäglichen unsichtbar. Genau dieser Form, dem sogenannten Alltagsrassismus, möchte ich mich in dieser Arbeit widmen. Die Sozialpädagoginnen Barbara Schramkowski und Isabelle Ihring beschreiben dieses Phänomen wie folgt:

„Dass Rassismus sich nicht nur in Form von offener Ablehnung physischer Gewalt oder Brandanschläge zeigt, sondern genauso in subtiler Form oder als ‚wohlmeinendes Verhalten‘, was im dominanten Verständnis mehrheitlich nicht als Rassismus definiert wird, darauf macht der Begriff ‚Alltagsrassismus‘ aufmerksam. Ohne Rassismus-

erfahrungen infolge ihrer Alltäglichkeit zu verharmlosen, betont er, dass diese auch dann real und wirkmächtig sind, wenn (Zugehörigkeits-)Unterscheidungen und mit diesen verknüpfte Bedeutungskonstruktionen nicht expliziert werden und Ausgrenzung und Herabwürdigung nicht intendiert sind. Diese Wirkungsmacht beruht darauf, dass Rassismus als hierarchisierendes Ordnungsprinzip ein machtvolles Muster der Unterdrückung darstellt: Entlang dominanter Unterscheidungspraxen von (als vermeintlich homogen perzipierten) Menschengruppen mit Bezugnahme auf ethnisch-kulturell-nationale Herkunft und mit ihnen assoziierte (negativer) Eigenschaften etablieren Zugehörigkeitsverhältnisse und Teilhabechancen an der Sozialstruktur.“ (Schramkowski/Thring 2018: 280–281)

Wie aus der Definition hervorgeht, beschreibt Alltagsrassismus eine subtile, implizite und unterschwellige Form von Ausgrenzungs- und Differenzierungspraktiken, welche von einer Dominanzgruppe ausgehen (Schramkowski/Thring 2018). Die dabei vollzogene Hierarchisierung und Differenzierung erstrecken sich entlang wahrgenommener äußerlicher Merkmale wie Haut- oder Haarfarbe, aber auch Kultur, Religion oder Herkunft werden als Legitimationsgrund für ebenjene Hierarchisierung aufgeführt (Kourabas/Mecheril 2022). Vor diesem Hintergrund wird in der Rassismusforschung von einem Wandel beziehungsweise einer Verbindung von einem biologistischen mit einem kulturalistischen Rassismus gesprochen, welcher zunehmend kulturelle Merkmale, statt (nur) biologische Merkmale als Differenzmarker anführt (Çetin 2022: 52). Wenn diese rassistischen Differenzvorstellungen in den Alltag integriert werden und dadurch bestehende Machtverhältnisse verfestigen, ist für die Kulturanthropologin und Sozialwissenschaftlerin Philomena Essed von Alltagsrassismus die Rede. Diese Integration vollzieht sich in einem kontinuierlichen Prozess, welcher sich für Essed wie folgt kennzeichnet:

„(a) socialized racist notions are integrated into meaning that make practices immediately definable and manageable, (b) practices with racist implications become themselves familiar and repetitive, and (c) underlying a racial and ethnic relations are actualized through these routine or familiar practices in everyday situations.“ (Essed 1991: 52)

Eben durch die ständige Wiederholung der jeweiligen Praktiken werden mit der Zeit die rassistischen Glaubensmuster internalisiert, sodass sie als ‚normal‘ und unhinterfragbar erscheinen (Essed 1991). In der Folge nimmt die Dominanzgruppe das alltagsrassistische Verhalten und die damit einhergehende Hierarchisierung nicht immer als bewusstes Handeln wahr, was die Benennung dieses Phänomens erschwert (Schramkowski/Thring 2018: 280). Der Migrationsforscher Mark Terkessidis beschreibt dieses Phänomen in seinem gleichnamigen Buch „Die Banalität des Rassismus“ (2004) und arbeitet dabei heraus, wie Jugendliche zweiter Generation aus Migrationsfamilien diese subtilen Rassismuserfahrungen als so banal wahrnehmen, dass sie selbst diese nur schwer beschreiben können.

Die Empirische Kulturwissenschaft ist hier anschlussfähig. Wie die Kulturwissenschaftlerin Brigitta Schmidt-Lauber erläutert, interessiert sich das Fach für das „vermeintlich Banale, Selbstverständliche, Unbedeutende und Bekannte“ (2010: 46) und machte seit den 1970er Jahren gerade die Erforschung des Alltäglichen zu seinem „disziplinäre[n] Markenzeichen“ (2010: 46). Zwar wurde diese Vorliebe dem Fach lange zum Vorwurf gemacht, insofern das Banale oft mit einer gewissen Bedeutungslosigkeit in Verbindung gebracht wird. Doch für Schmidt-Lauber liegt gerade die besondere Fähigkeit des Faches darin, Alltagswelten in Vergangenheit wie auch in Gegenwart (mikro-)analytisch zu durchdringen und dicht zu beschreiben. Mit dem Alltag als Forschungsgegenstand und -perspektive nimmt das Fach diesen nicht als gegeben hin, sondern betrachtet ihn als ständigen Aushandlungsort gesellschaftlicher Prozesse (Schmidt-Lauber 2010). Wie ebenfalls die Politikwissenschaftlerin Brigitte Bargetz betont, ist „Alltag kein Ausdruck schlichter Belanglosigkeit, sondern vielmehr die Basis gesellschaftlicher Verhältnisse, nicht zuletzt von Ungleichheitsverhältnissen“ (2016: 191). Den Alltag im Bereich des Banalen zu verorten, würde in der Konsequenz solche Ungleichheitsverhältnisse wie Rassismus legitimieren und ausblenden. Es ist der Alltag, in welchem gesellschaftliche Strukturen und Positionierungen immer wieder aufs Neue ausgehandelt und (wieder-)hergestellt werden. Bargetz betont, dass „Institutionen, Vorstellungen und Normen erst dadurch wirksam werden, dass sie im Alltag ‚belebt‘ werden“ (2016: 199). Somit können gesellschaftliche Institutionen und Strukturen nicht als gegebene Instanzen außerhalb des Alltages gedacht werden. Vielmehr werden diese erst durch alltägliche Praktiken (re-)produziert. Entgegen der Annahme, der Alltag sei durch Routine und Stabilität gekennzeichnet, bietet er gerade durch dieses ständige (Wieder-)Herstellen von Strukturen schöpferisches Transformationspotenzial. Denn diese Alltagsstrukturen können genauso gut aufgebrochen und umgestaltet werden. Allerdings warnt Bargetz davor, den Alltag als Ort des Aufstandes und die Individuen als widerständige Akteur:innen zu romantisieren. Je nach deren Positionierung in vergeschlechtlichen, klassistischen und rassistischen (Ungleichheits-)Verhältnissen verfügen nicht alle über die gleiche Handlungsmacht. Bargetz plädiert daher für ein Verständnis von Alltag als ein ambivalentes und dynamisches Konstrukt, welches gewissermaßen zwei Gesichter hat: Zum einen eine machtvolle Komponente durch das (Aufrecht-)Erhalten von Strukturen und Zuweisen von Positionierungen. Zum anderen eine ermöglichende Komponente, bei welcher der Alltag als Ausgangspunkt für gesellschaftliche Transformationsprozesse gesehen werden kann (Bargetz 2016). Statt Alltagsrassismus im Bereich des Banalen zu verorten, wird aus einer alltagstheoretischen Perspektive die strukturierenden wie auch transformativen Aspekte des Alltags sichtbar. Dieses ambivalente und verwobene Verhältnis ist für die Perspektive dieser Arbeit zentral – dabei soll sie weder meine Forschungspartner:innen als aufständige Akteur:innen heroisieren, noch die (De-)Privilegierung von Individuen durch gesellschaftliche Struk-

turen ausblenden. Es mag dazu beitragen, ein tieferes Verständnis von (Alltags-)Rassismus und dessen Ambivalenzen zu entwickeln.

Rassismus als Analysekategorie: *Othering*, *Silencing* und *Empowerment*

Die terminologische Unschärfe des Rassismusbegriffes führte mitunter dazu, dass Rassismus als Analysekategorie in der Wissenschaft nach wie vor oft vernachlässigt wird (Sinanoğlu/Polat 2023). Seiner Komplexität und den vielseitigen Facetten gerecht zu werden, erwies sich auch in meinem Forschungsprozess als Herausforderung. Aus diesem Grund habe ich mich im Laufe der Forschung auf drei theoretische Kernperspektiven konzentriert, die sich für die Analyse der Daten als zentral erwiesen haben und im Folgenden näher erläutert werden.

Othering und das ‚Fremde‘

Wenn es um die Analyse von Rassismus geht, führt das unausweichlich zum „Kern rassistischen Denkens“ (Scharathow et al. 2009: 11) und der Grundannahme, auf welcher Rassismus basiert: der Unterscheidung zwischen dem ‚Eigenen‘ und dem ‚Anderen‘. Als Praktik wird dieser Prozess des ‚Anders-machens‘ in der Sozial- und Kulturwissenschaft auch *Othering* genannt. Der Begriff wurde vor allem von den beiden Theoretiker:innen Edward Said und Gayatri Chakravorty Spivak geprägt (Riegel 2016). Grundsätzlich wird im Zuge des *Othering* eine imaginierte ‚Wir‘-Gruppe konstruiert, deren Gegenbild das ‚Andere‘ bildet. Über dieses komplementäre Gegenbild der ‚Anderen‘ wird auf diese Weise das ‚Eigene‘ verankert. Allerdings muss dieses ‚Eigene‘ nicht unbedingt explizit benannt werden, vielmehr existiert es als unhinterfragte und selbstverständliche Normalitätszuschreibung. Im Kontext von Rassismus äußert er sich, indem einer bestimmten Gruppe körperliche und/oder kulturelle Merkmale zugeschrieben werden, welche von der scheinbaren *weißen* Norm abweichen (Kalpaka 2015). In seinem Werk *Orientalism* (2003 [1978]) zeigt Edward Said auf, inwiefern das koloniale Konstrukt des Orients dazu diente, die Idee eines Europas zu definieren und zu bewahren. Im Laufe des kolonialen Diskurses etablierten sich dabei dichotome Begriffspaare wie ‚modern-traditionell‘, ‚zivilisiert-wild/gewalttätig‘ oder ‚rational-irrational‘ heraus, welche sich fest im europäischen Bewusstsein verankerten und (post-)koloniale Macht- und Herrschaftsverhältnisse legitimierten (Riegel 2016). Zu dieser Imagination des ‚Anderen‘ haben, wie bereits einleitend aufgeführt, Disziplinen wie die Kulturanthropologie lange mit ihren Forschungspraktiken beigetragen. Erst mit der *Writing-Culture*-Debatte in den 1960er Jahren wurde sich kritischer mit den Differenzierungspraktiken im Feld und im Forschungsprozess sowie mit Fragen der Repräsentation auseinandergesetzt. Schließlich warf die Debatte die Frage auf, wie durch ethnografische Forschungen ‚Kulturen‘ durch Schreiben erst konstruiert werden (Schramm 2005). Eine kritische Reflexion der Differenzierungs-

praktiken im eigenen Feld wird im folgenden Methodenkapitel genauer erläutert.

Um die Prozesse des *Othering* im medizinischen Bereich analytisch zu beleuchten, bedarf es zunächst eines Verständnisses davon, mit welchen Mechanismen sie ausgeübt werden. Wie bereits angedeutet, fungieren die Differenzierungspraktiken zum einen als wirkmächtiges Instrument zur Identitätskonstruktion. Das ‚Eigene‘ wird über das ‚Fremde‘ definiert. Gleichzeitig werden durch die Grenzziehungen auch Herrschafts- und Dominanzverhältnisse legitimiert sowie aufrechterhalten. Indem das ‚Andere‘ das ‚Defizitäre‘, ‚Untergeordnete‘ oder auch ‚Bedrohliche‘ verkörpert, legitimiert es deren Ausgrenzung beziehungsweise Marginalisierung. Auf diese Weise regulieren die diskursiv verankerten Differenzvorstellungen Zugänge zu Ressourcen und Macht innerhalb gesellschaftlicher Strukturen, Institutionen und Wissensregimen, wie zum Beispiel auch innerhalb des Gesundheitssystems. Darüber hinaus steuern die *Othering*-Prozesse das alltägliche Handeln und Denken von Individuen. Als eine alltägliche Praktik werden dabei Bilder und Diskurse der ‚Anderen‘ wie auch des ‚Eigenen‘ performativ hervorgebracht, was erst zu deren Aufrechterhaltung beiträgt. Dieser performative Akt des „*Different-Machens*“ (Riegel 2016: 58) verweist laut der Sozialpädagogin Christine Riegel auf die ständige Hervorbringung von Differenz durch ein aktives *doing*. Mit Blick auf das menschliche Handeln und dem aktiven *doing* stellt sich für die Sozialpädagogin damit die Frage nach dem Veränderungspotenzial und dem Aufbrechen der Differenzkonstruktionen (Riegel 2016). Anknüpfend an die Diskurse der *Critical Whiteness Studies* gilt es dabei nicht nur das ‚Andere‘ zu fixieren, sondern ebenso den Blick auf das unmarkierte *Weiß*e zu richten und zu fragen, was überhaupt als das ‚Eigene‘ angesehen und reproduziert wird (Piesche 2005). Eine letzte Prämisse, welche *Othering* als Analysekategorie anschlussfähig macht, ist die intersektionale Perspektive. Denn *Othering*-Prozesse treten nicht nur im Kontext von ‚Rasse‘ auf. Vielmehr sind die Differenzierungspraktiken – das „*doing differences*“³ (Hirschauer/Boll 2017: 11) – meist mit verschiedenen gesellschaftlichen Diskursen verschränkt. Oft werden im Alltag mehrere Differenzierungskategorien gleichzeitig hervorgebracht, was zu Mehrfachdiskriminierungen führt. So können die Konstruktionen des ‚Anderen‘ unterschiedlichste Differenzvorstellungen in Bezug auf Geschlecht, Sexualität, Alter, Körper, Klasse oder eben ‚Ethnizität‘ vereinen (Riegel 2016).

Unter diesen Prämissen erweist sich *Othering* als eine fruchtbare Perspektive für meine kritische Auseinandersetzung mit Rassismuserfahrungen von (angehenden) Ärzt:innen. Dabei regt eine Perspektive auf *Othering*-Prozesse auch die Reflexion des eigenen Forschungsprozesses an. Inwiefern betreibe ich selbst *Othering* in meinem Forschungsprozess? Wie begegnet *Othering*

3 In diesem Werk setzten sich die Autorinnen mit den Praktiken des *Doing Differences* beziehungsweise *Undoing Differences* auseinander. In der Arbeit wird dieses Konzept in Anlehnung an Stefan Hirschauer und Tobias Boll weiter aufgegriffen, ohne wiederholte Verweise.

meinen Forschungspartner:innen in ihrem Arbeits- und Studienalltag? Was sagt es über die dadurch festgeschriebene *weiße* Norm aus? Wie werden rassistisch markierte Personen im medizinischen Bereich auf eine untergeordnete Position verwiesen?

Silencing und epistemische Ordnungen

Wie im vorherigen Abschnitt erwähnt, wurde der Begriff des *Othering* neben Edward Said ebenso von der Theoretikerin Gayatri Chakravorty Spivak maßgeblich geprägt. Mit ihrem Werk „Can the Subaltern Speak?“ (1988) charakterisierte sie weitere Praktiken, welche aus der Marginalisierung und Differenzierung der ‚Anderen‘ oder nach Spivak, den ‚Subalternen‘, folgen. Zum einen begründete sie in ihrem Werk das Konzept der epistemischen Gewalt (Spivak 2008). Diese bezeichnet eine Form der Gewalt, die durch (Nicht-)Anerkennung und Hierarchisierung von Wissensformen und -praktiken zum Ausdruck kommt und die auf den Zusammenhang von Wissen und Macht verweist. Während bestimmte (westliche) Wissenssysteme zur Norm erklärt werden, geraten andere Perspektiven in den Hintergrund oder werden vollkommen aus dem hegemonialen Diskurs verdrängt (Afeworki Abay 2023). Wie bereits aufgezeigt wurde, legitimierten westliche Wissenssysteme unter anderem den scheinbar biologischen Nachweis von ‚Rassen‘. Diesen Wissenssystemen wurde mit der Entwicklung der ‚modernen‘ Wissenschaften eine besondere ‚Neutralität‘ zugeschrieben, die deren historische Entwicklung und Verbindung zu westlichen Herrschaftssystemen verschleiert. In der Folge manifestierte sich in einer postkolonialen Gesellschaft ein westliches Wissenssystem, welches zwar den Anspruch auf ‚Universalität‘ und ‚Wahrheit‘ für sich beansprucht, gleichzeitig jedoch als historisch gewachsenes Konstrukt stark von Macht- und Hierarchieverhältnissen durchzogen ist (Nguyen/Puhlmann 2023). In Forschungs- und Arbeitsbereichen wie den *Postcolonial Studies* wird zunehmend beleuchtet und kritisiert, dass gerade durch diesen Universalitätsanspruch weiteren (nicht *weißen*) Perspektiven außerhalb des hegemonialen Diskurses ihre Daseinsberechtigung abgesprochen wird (Steyerl/Rodríguez 2003). Eben dieser Ausschluss und das Zum-Schweigen-Bringen ‚subalternen‘ Stimmen wurde in Anlehnung an Spivak mit einem weiteren Begriff geprägt: dem *Silencing* (Dotson 2011; Spivak 2008). In Bezug auf Spivak versteht der Soziologe Robel Afeworki Abay den Begriff des *Silencing* wie folgt:

„Silencing beschreibt die hegemonialen, diskursiven und wissenschaftlichen Praxen der Invisibilisierung bzw. Unsichtbarmachung von Perspektiven gesellschaftlich marginalisierter Gruppen. Ihre Stimmen werden also wissentlich vergessen bzw. absichtlich zum Schweigen gebracht [...], indem durch die hegemonialen Diskurse und entsprechenden politischen, gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Bedingungen der Dominanzgesellschaft eine dominante ‚Verweigerungsthese‘ produziert und immer wieder aktualisiert wird.“ (Afeworki Abay 2023: 35)

Robel Afeworki Abay veranschaulicht, wie marginalisierte Stimmen durch eine fortwährende Verweigerung und Nichtanerkennung strukturell verdrängt, nicht sichtbar und nicht hörbar gemacht werden. Das bedeutet im Umkehrschluss: Mit der Frage, ob das ‚Subalterne‘ sprechen kann, stellt Spivak somit in keinerlei Weise deren Artikulationsfähigkeit infrage. Gewiss hat das ‚Subalterne‘ eine Stimme, es wird nur innerhalb des dominanten Diskurses nicht gehört und an den Rand gedrängt (Steyerl/Rodríguez 2003: 7). Allerdings birgt für die Künstlerin und Theoretikerin Grada Kilomba dieser gesellschaftliche Rand neben Einschränkungen auch eine besondere Wirkmacht:

„In this sense, the margin should not only be seen as a peripheral space, a space of loss and deprivation, but rather a space of resistance and possibility. It is a ‚space of radical openness‘ and creativity, where new critical discourses take place. It is here that oppressive boundaries set by ‚race‘, gender, sexuality and class domination are questioned, challenged and deconstructed. In this critical space, ‚we can imagine questions that could not have been imagined before; we can ask questions that might not have been asked before‘, questions that challenge the colonial authority of the center and the hegemonic discourse within it. In this sense, the margin is a location that nourishes our capacity to resist oppression to transform, and to imagine alternative new worlds and new discourses.“ (Kilomba 2008: 37)

Wie Kilomba aufzeigt, entsteht an diesem Rand ein Möglichkeitsraum, sonst festgeschriebene Differenzkategorien wie ‚Rasse‘, Gender, Sexualität oder Klasse neu zu verhandeln und auf diese Weise neue Diskurse zu schaffen. Zwar birgt diese Perspektive die Gefahr, gesellschaftliche Marginalisierung zu romantisieren, statt diese als Ergebnis einer gewaltvollen Praxis der epistemischen Gewalt anzuerkennen. Doch für Grada Kilomba versinnbildlicht dieser *margin* ein komplexes Verhältnis der Ko-Existenz zweier Seiten: einerseits der Unterdrückung und andererseits des Widerstandes. Sie argumentiert: „Both sites are always present because *where there is oppression, there is resistance*; in other words, oppression forms the conditions for resistance“ (Kilomba 2008: 37).

Für die vorliegende Arbeit eröffnen die Konzepte des *Silencing* und der epistemischen Gewalt, wobei hier bevorzugt von epistemischer Ordnung gesprochen wird, produktive Perspektiven. Um Rassismus im Gesundheitssystem umfassend zu begreifen, können auf diese Weise sowohl Unterdrückungs- wie auch Widerstandspraktiken in den Blick genommen werden. Zugleich darf man die „historischen und geopolitischen Rahmenbedingungen des Sprechens, Schweigens, Zuhörens und Gehörtwerdens“ (Brunner 2020: 114–115) nicht ausblenden, wie in diesem Abschnitt deutlich wurde. Welche Perspektiven und Erfahrungen werden im medizinischen Bereich anerkannt und welche stoßen kaum auf Resonanz? Welches medizinische Wissen gilt als wissenschaftlich? Wer wird dabei repräsentiert? Wer ist be-

fugt, zu sprechen und wer wird wiederum zum Schweigen gebracht? Und gibt es auch Räume für ‚alternative‘ Diskurse?

Empowerment und Aufbrechen von Machtstrukturen

Für viele rassistisch markierte Menschen mögen die Differenzierungspraktiken des *Otherring* oder auch das *Silencing* in ihrem Alltag omnipräsent sein. In dieser Arbeit möchte ich mich aber auch der Frage widmen, wie diese ungleichen Machtverhältnisse umstrukturiert werden können und welches transformative Potenzial sich hier möglicherweise auftut (Mohseni 2020: 100). Nochmal Grada Kilombas Bild der *margins* als Raum für Unterdrückung sowie Widerstand aufgreifend, konstatiert auch Maryam Mohseni aus der politischen Bildungsarbeit: „Wissen von den Rändern bietet [...] Möglichkeiten der Veränderung“ (2020: 56). Impulse für Veränderung der gesellschaftlichen Ungleichheitsverhältnisse wird im Kontext der Rassistusforschung häufig unter dem Begriff *Empowerment* verhandelt. Der Begriff wurde in der Wissenschaft wie Gesellschaft als *Buzzword* inflationär in verschiedensten Bereichen verwendet, sodass sich seine Verwendung durch die „entleerten Bedeutungen“ (Mohseni 2020: 116) teils als problematisch erweist (Mohseni 2020). Trotzdem greife ich den Begriff des *Empowerments* hier auf, orientiere mich dabei an einem spezifischen Verständnis und grenze mich bewusst von anderen Konzepten ab. Zunächst wird der Begriff des *Empowerments* schlichtweg aus dem Grund als eine Analysekategorie aufgegriffen, da er von den Forschungspartner:innen selbst zur Um- und Beschreibung bestimmter Erfahrungen verwendet wurde. Insofern findet er an den Stellen Eingang in die Analyse, an denen er von meinen Forschungspartner:innen thematisiert und angedeutet wird. Dabei versuche ich jedoch bewusst, diesen Begriff nicht auf mein Gegenüber zu projizieren, in der paternalistischen Hoffnung, sie als selbstermächtigende Akteur:innen in ihrem Berufs- und Studienalltag zu heroisieren. Dies knüpft an die Kritik an der neoliberalen Auslegung des Begriffes an. Dabei wird der Eindruck erweckt, bei *Empowerment* handelt es sich um ein individuelles Projekt des „stetigen Arbeitens an sich selbst zur Selbstoptimierung“ (Can 2022: 401). Mit diesem verkürzten Machtverständnis werden die strukturellen Rahmenbedingungen sowie die Verfügbarkeit von und Zugänge zu Ressourcen für Menschen mit Diskriminierungserfahrungen ausgeblendet, wie der Europäische Ethnologe Halil Can argumentiert (Can 2022). Genau von diesem Verständnis von *Empowerment* als eine „rein individuumsfokussiert[e] Selbststärkung“ (Can 2022: 401) möchte ich mich abgrenzen. Stattdessen folge ich Maryam Mohseni, die *Empowerment* wie folgt beschreibt. Als einen

„[...] konfliktbehafteten Prozess der Umverteilung von politischer Macht“, in dessen Verlauf die Menschen aus der Machtunterlegenheit austreten und sich ein Mehr an Macht, Verfügungskraft und Entscheidungsvermögen aneignen. Mit *Empowerment* ist also auch die Möglichkeit gemeint, an Entscheidungsprozessen teilzuhaben sowie über den Zugang zu materiellen und sozialen Ressourcen (z. B. Wohn-

raum, Einkommen, Bildung, öffentliche Anerkennung) verfügen zu können. Empowerment ist also immer mit der Veränderung gesellschaftlicher Machtverhältnisse im Sinne sozialer Gerechtigkeit verquickt und bezeichnet deshalb auch einen konflikthafter Prozess der Umverteilung von politischer Macht.“ (Mohseni 2020: 132)

Im Sinne der Umverteilung wird *Empowerment* nicht nur als ein reiner Zugewinn an Macht für die ‚Machtarmen‘ verstanden, sondern auch als Abbau von Privilegien und Entkräftigung von ‚Machtstarken‘⁴. Auf diese Weise wirkt *Empowerment* auf mindestens drei verschiedenen Ebenen: auf einer individuellen Ebene für das unterdrückte Subjekt, auf einer kollektiven Ebene durch die Aushandlung von Machtasymmetrien und schließlich auch auf einer strukturellen und institutionellen Ebene durch die Umverteilung von sozialen und materiellen Ressourcen. Kurz gesagt: Das Aufbrechen (rassistischer) Machtstrukturen durch *Empowerment* ist keine individuelle, sondern eine gesellschaftspolitische Angelegenheit (Mohseni 2020). In Bezug auf dieses Verständnis möchte ich in dieser Arbeit diskutieren, wie ungleiche Machtverhältnisse durch Rassismus innerhalb der medizinischen Bereiche durchbrochen und ausbalanciert werden können. In welchen Situationen und in welchem Kontext erfahren meine Forschungspartner:innen *Empowerment*? Wo stoßen rassistisch markierte Personen im medizinischen Bereich wiederum auf strukturelle und institutionelle Hürden? Wie steht es um die „white fragility“ (DiAngelo 2018)⁵ in den medizinischen Institutionen und die Bereitschaft weißer Personen für eine kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Macht, den eigenen Privilegien und Ressourcen? Wie lassen sich die individuellen und kollektiven Ansätze meiner Forschungspartner:innen in die Strukturen der Universitäten, Kliniken oder auch der Ärzt:innenpraxen implementieren und ermöglichen ihnen mehr Handlungsfreiheit, Zugänge und Entscheidungsmacht?

Forschungsdesign: methodisches Vorgehen und Herausforderungen in der Rassismusforschung

Methodische Vorüberlegungen und Erkenntnisinteresse

War Rassismus in der Medizin lange Zeit ein wissenschaftlich weniger beachtetes Forschungsthema (Hamed et al. 2022: 2), so eröffnet sich hier für

4 Der Politikwissenschaftler und Europäische Ethnologe Halil Can plädiert dafür von Machtreichen/Machtarmen beziehungsweise von Machtstarken/Machtschwachen zu sprechen. Während beim Empowerment-Begriff häufig eine Konnotation der Ohnmacht und Unmündigkeit der ‚Unterdrückten‘ mitschwingt, wird stattdessen das Individuum als ein handlungsfähiges Subjekt verstanden. Von Diskriminierung Betroffene sind nicht grundsätzlich machtlos, sondern verfügen je nach Kontext und Umfeld über unterschiedliche Ressourcen und Privilegien. Aus einer intersektionalen Perspektive wird die Variabilität und Komplexität von Machtverhältnissen betont (Can 2022: 203–204).

5 Das Konzept geht auf Robin DiAngelo zurück und thematisiert die Abwehrreaktionen und -mechanismen weißer Personen bei der Auseinandersetzung mit Rassismus (DiAngelo 2018).

die Empirische Kulturwissenschaft ein weites, noch zu erforschendes ‚Feld‘⁶. Insbesondere bei weniger erschlossenen Themen bietet sich für die Sozialforscherin Juliet Corbin und den Soziologen Anselm Strauss ein qualitativer Forschungsansatz an. Allerdings verlangt es für sie umso mehr eine präzise Fragestellung, welche einerseits offen ist, gleichzeitig jedoch die Forscher:innen gezielt zu den zentralen Themen des Feldes heranführt (Corbin/Strauss 2008: 45). Um einerseits den erforderlichen Fokus zu setzen und mich andererseits als Forscherin von den Daten leiten zu lassen, habe ich mich am methodologischen Vorgehen der *Grounded Theory* orientiert. Das von Anselm Strauss und Barney Glaser (Glaser/Strauss 2006) entwickelte Verfahren zielt auf die gegenstandsnahe Generierung von theoretischen Annahmen ab und zeichnet sich vor allem durch drei Charakteristika aus: das theoretische Sampling, die fortlaufende komparative Analyse und die Anwendung eines Kodierparadigmas (Götzö 2014). So wurden in einem zirkulären Prozess Daten erhoben, vorläufig analysiert und anhand dieser Daten wieder neues Material erschlossen, bis der Moment der Sättigung erreicht wurde. Um diesen Moment zu erreichen, ist eine systematische Vorgehensweise bei der Datengenerierung mithilfe des theoretischen Samplings erforderlich. Mit dem Ziel, durch das theoretische Sampling das Forschungsfeld ansatzweise einzugrenzen und gleichzeitig eine Offenheit zu wahren (Glaser/Strauss 2006), stellte ich mir zunächst folgende Fragen: Was genau möchte ich erforschen? Und welche Gruppen leiten mich zu meinen Daten? In Bezug zu den Gruppen habe ich mich für Akteur:innen im Gesundheitswesen als Forschungspartner:innen entschieden – in dem Fall (ehemalige) Medizinstudierende oder bereits praktizierende Ärzt:innen aus unterschiedlichen medizinischen Bereichen. Als sogenannte „insiders“ (Glaser/Strauss 2006: 83) sind diese durch ihren Arbeitsalltag bereits mit den Strukturen im medizinischen Bereich vertraut, sodass im Forschungsprozess die Verstrickung von Mikro- und Makroebene berücksichtigt werden konnte. Damit fiel die Entscheidung bewusst gegen eine Patient:innen-Perspektive. Darüber hinaus wurde die Gruppe der Forschungspartner:innen auf rassistisch markierte Personen – also potenziell selbst betroffene Personen – begrenzt. Dem liegt der forschungsethische Ansatz zugrunde, *mit* Betroffenen selbst zu sprechen statt nur *über* Betroffene (Afeworki Abay 2023: 32). Auch bei Rassismus gilt es die Mikro- mit der Makroebene zusammenzudenken und danach zu fragen, was individuelle Verhaltensweisen über gesellschaftliche Strukturen und Normen aussagen. Das Erfahrungswissen meiner Ak-

6 Im Laufe der Recherche stoße ich auf Hinweise, welche die Verwendung des begrifflichen Repertoires im Fach aus einer postkolonialen Perspektive kritisch hinterfragen. So schwingen bei Termini wie ‚Feld‘ (Schramm 2005: 464) oder selbst auch ‚Forschung‘ (Nimführ 2022: 782) hegemoniale Konnotationen mit. Sie implizieren einen Exotisierungscharakter und konstruieren eine Dichotomisierung, welche eine klare Grenze zwischen der eigenen Subjektposition und dem ‚anderen‘ Forschungsobjekt setzt (Schramm 2005). Es verweist auf die Notwendigkeit, die im Fach fest verankerten Begriffe kritisch zu beleuchten und eine Diskussion über alternative Bezeichnungen weiterzudenken.

teur:innen über (mit-)erlebte Rassismuserfahrungen eröffnet dabei einen geeigneten Zugang, wie Philomena Essed darlegt:

„Experiences are a suitable source of information for the study of everyday racism because they include personal experiences as well as vicarious experiences of racism. In addition, the notion of experience includes general knowledge of racism, which is an important source of information to qualify whether specific events can be generalized. These experiences of racism are made available for academic inquiry through accounts – that is, verbal reconstruction of experiences.“ (Essed 1991: 3)

Um dabei ein breites Spektrum an Erfahrungen zu berücksichtigen, habe ich mich nicht auf eine spezifische Ausprägung von Rassismen wie anti-muslimischen oder Anti-Schwarzen-Rassismus beschränkt. Zwar ist mir bewusst, dass sie sich in ihrer Funktionsweise und historischen Hintergründen durchaus erheblich unterscheiden, wie die Soziolog:innen Hela Lutz und Rudolf Leiprecht betonen: „Alle Rassismen unterscheiden sich voneinander, und zweifelsohne gibt es zwischen den verschiedenen spezifischen Formen des Rassismus erhebliche Unterschiede hinsichtlich ihrer Entstehungsgeschichte, ihrer Auswirkungen, Inhalte und Funktionen“ (2022: 30). Doch letztlich habe ich auf den Oberbegriff Rassismus zurückgegriffen, um vor Augen zu führen, dass die Rassismen nicht als kennzeichnendes Merkmal den jeweiligen Subgruppen per se inhärent sind und allein diese anbelangen, sondern Rassismus vielmehr ein gesamtgesellschaftliches Phänomen ist (Alexopoulou 2022: 7). Ausgehend von diesen forschungsethischen und -methodischen Vorüberlegungen erfolgte schließlich der Zugang zum Feld.

Zugang zu Akteur:innen und Forschungsprozess

Der Impulsgeber für diese Forschung und Zugang zum Feld erfolgte über eine Veranstaltung eines Vereins, der sich als machtkritisches Netzwerk mit Rassismus, Demokratieförderung und der Stärkung marginalisierter Perspektiven befasst. Während der Veranstaltung wurde ich durch den Gastvortrag eines eingeladenen *Speakers* auf das Thema Rassismus im Gesundheitsbereich aufmerksam. Bereits bei der Diskussion im Rahmen des Vortrags nahm ich ein Interesse sowie Expertise meiner ersten beiden Forschungspartner:innen wahr. Während ich auf der Veranstaltung weniger in der Rolle als *weiße* Forscherin auftreten und den Raum für meine Forschung ‚zweckentfremden‘ wollte, legte ich erst gegen Ende der Veranstaltung den beiden Medizinstudent:innen meine Neugier und mein Forschungsinteresse offen.⁷ Ich erkundigte mich, ob von ihrer Seite Interesse für ein Interview bestehen

7 Dem Verein wurde vorab kommuniziert und transparent gemacht, dass ich mitunter aus einem Forschungsinteresse an der Veranstaltung teilnehmen möchte. Aus forschungsethischen Gründen nahm ich mich jedoch bei der Veranstaltung zurück und schlüpfte überwiegend in die Rolle der Teilnehmenden. Auf diese Weise wollte ich den anderen

würde und tauschte nach einer positiven Reaktion Kontaktdaten aus. Nachdem mich das Thema auch nach der Veranstaltung weiter beschäftigte, kam ich nach ein paar Wochen auf meine erste Interviewpartnerin Maya zu. Aus forschungsethischen Gründen handelt es sich bei diesem Namen und alle im Folgenden genannten Namen um Pseudonyme. Nach einem Gespräch mit Maya setzte ich mich nach ein paar Monaten erneut mit Anissa, meiner zweiten Interviewpartnerin, in Verbindung. Auf Nachfrage stellte Anissa noch den Kontakt zu meiner letzten Interviewpartnerin Dilan her.

Ein weiterer Zugang zum Feld erfolgte unabhängig vom Verein. Nachdem mein Forschungsthema klarer umrissen war, gelangte ich über persönliche Kontakte zu Martin. Er war sich aufgrund seiner beruflichen Umorientierung nach dem Medizinstudium für die Eignung zu einem Gespräch unsicher. Da er aber noch Kontakt zu zwei ehemaligen Kommilitonen pflegt, vermittelte er mich an David und Sascha weiter. Ab diesem Zeitpunkt setzte das Schneeballsystem ein und beide merkten in den Gesprächen an, sie würden noch weitere potenzielle Interviewpartner:innen für mich kennen. Über Sascha gelangte ich schließlich noch an Eli.

Auf diese Weise gewann ich über zwei verschiedene Wege Zugang zu meinem Feld und den Akteur:innen. Zwar bewegte ich mich durch das Schneeballsystem in einem ähnlichen Umfeld, dennoch zeichneten sich teils unterschiedliche Perspektiven von Medizinstudent:innen auf der einen Seite und bereits tätigen Ärztinnen im Klinik- oder Praxisbereich auf der anderen Seite ab. Hinzu kam, dass sich bei Anissa, Maya und Dilan eine Expertise in der kritischen Auseinandersetzung mit Rassismus in den Gesprächen abzeichnete – sei es durch die Arbeit im Verein, in weiteren Initiativen oder durch die Vertrautheit mit dem Bericht „Rassismus und seine Symptome“ des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Da das Schneeballsystem erst gegen Ende der empirischen Forschung aufkam, war der Forschungsprozess immer wieder durch Phasen des ‚im Feld Sein‘ und des sich wieder ‚aus dem Feld Bewegen‘ gekennzeichnet, was wiederum durch das Warten und Suchen nach weiteren Zugängen bedingt war. Mit den letzten Interviews wurde schließlich die Forschungsphase abgeschlossen und es folgte der Auswertungs- und Analyseprozess ‚außerhalb des Feldes‘, wobei hier im Falle von Rückfragen gelegentlich der Kontakt zu meinen Interviewpartner:innen erneut gesucht wurde. Bevor ich umfassender den Auswertungs- und Analyseprozess darlege, möchte ich zunächst das Forschungsfeld sowie meine Interviewpartner:innen vorstellen.

Forschungsfeld und Akteur:innen

Bevor ich ausführlicher auf meine Forschungspartner:innen eingehe, komme ich zuerst auf den medizinischen Bereich als Forschungsfeld zu sprechen. Über die Erzählungen meiner Interviewpartner:innen erhielt ich Einblicke

Teilnehmer:innen auf Augenhöhe begegnen und den vom Verein geschaffenen Raum für Austausch nicht für meine Forschungszwecke vereinnahmen.

in unterschiedliche medizinische Abteilungen und Räume: Darunter (fachspezifische) Arbeitskontexte in klinischen Einrichtungen, medizinische Lehr- und Ausbildungsräume oder allgemeinmedizinische Praxen. Der medizinische Bereich selbst, welcher hier als ethnografisches ‚Feld‘ angesehen und konstruiert wird, ist dabei nicht als geschlossene Einheit zu verstehen. Die Perspektiven meiner Interviewpartner:innen bilden vielmehr exemplarische Ausschnitte aus einem komplexen, größeren Gefüge des deutschen Gesundheitssystems. Während sich genauere Einblicke mit der Darstellung des empirischen Materials ergeben, wird an dieser Stelle zunächst auf zentrale strukturelle und institutionelle Bedingungen im medizinischen Bereich eingegangen. Sie dienen dazu, einen übergeordneten Kontext für aufgeführten Rassismuserfahrungen im empirischen Teil zu bieten.

Auf der strukturellen Ebene zeichneten sich in den vergangenen Jahren Transformationsprozesse im medizinischen Sektor ab, welche laut dem Psychoanalytiker Steffen Schödwel et al. Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern haben. Sie führen das Auftreten von diskriminierendem Verhalten mitunter auf die zunehmende Ökonomisierung und Effizienzsteigerung im medizinischen Sektor zurück. Dabei haben zwei zentrale Reformen diesen Wandel besonders geprägt: Zum einen das Selbstkostendeckungsprinzip von 1992, das Krankenhäuser verpflichtet, so weit wie möglich die eigenen Kosten zu decken. Zum anderen das 2003 in Kraft getretene DRG-System, welches eine pauschale Vergütung für die Behandlung der Patient:innen sowie die stationäre Liegedauern vorsieht und sich an Diagnosegruppen (*Diagnosis Related Groups*) orientiert. Die Umstrukturierungen im Krankenhaus- und Gesundheitssektor hatten Auswirkungen auf die Patient:innenversorgung und den Arbeitsalltag des Personals. Die Folgen zeigten sich zum Teil in der hohen Arbeitsbelastung des Personals, in der zeitlichen Taktung der Patient:innenbehandlung und in verkürzten Krankenhausaufenthalten der Patient:innen. Steffen Schödwel et al. argumentieren, dass diese strukturellen Bedingungen unter Umständen rassistisches und diskriminierendes Verhalten im medizinischen Bereich befördern. Allerdings variiert dies je nach medizinischer Institution, dem jeweiligen Bereich und dem personellen Kontext (Schödwel et al. 2022).

Auf der institutionellen Ebene sind vor allem im Hinblick auf meine Forschungsfrage die Unterstützungsangebote und Organisationsstrukturen der medizinischen Einrichtungen von Relevanz. Einige meiner Interviewpartner:innen, die an einem Universitätsklinikum studier(t)en oder arbeiten, verwiesen dabei auf verschiedene Anlaufstellen – etwa generelle Beschwerdestellen oder spezialisierte Abteilungen für Gleichstellung oder Inklusion. Von besonderem Interesse war eine Position an einem Universitätsklinikum, die sich im Rahmen von Antirassismuserbeit für ein respektvolles und diskriminierungssensibles Miteinander im Klinikalltag engagiert. Die zuständige Person bietet einerseits Unterstützungsangebote im Fall von Diskriminierungserfahrungen für das medizinische Personal

und Patient:innen. Andererseits bringt sie sich auf institutioneller Ebene in Prozesse der Beratung, Aufklärung und Vernetzung ein. Diese Position war in den Gesprächen öfters Thema, sodass in der Analyse ausführlicher auf die Wahrnehmung des Angebots eingegangen wird.

Von den Arbeits- und Organisationsstrukturen im medizinischen Bereich komme ich nun zu meinen Forschungspartner:innen: Meine ersten drei Interviewpartnerinnen waren Medizinstudentinnen höheren Semesters. Mein erstes Gespräch führte ich mit Maya. Sie sammelte bereits vor Beginn ihres Studiums erste praktische Erfahrungen im Gesundheitsbereich. Derzeit übt sie an einem Universitätsklinikum eine Nebentätigkeit aus und engagiert sich darüber hinaus in einer selbstgegründeten studentischen Gruppe, die sich aus intersektionaler Perspektive mit Ungleichheiten im Gesundheitsbereich auseinandersetzt. Neben Maya redete ich mit Anissa. Nach einer zuvor abgeschlossenen Ausbildung in einem Gesundheitsberuf nahm sie ihr Medizinstudium auf. Ihre langjährige praktische Erfahrung im Klinikalltag prägte ihre Perspektive auf Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen im medizinischen Kontext. Über sie gelangte ich an ihre Kommilitonin Dilan. Ähnlich wie Maya führt auch sie eine Nebentätigkeit an dem Universitätsklinikum aus und bringt dadurch Praxiserfahrung im Klinikbereich mit. Meine vier anderen Interviewpartner hingegen hatten das Medizinstudium bereits abgeschlossen. Zum einen führte ich ein Gespräch mit Martin, welcher zwar sein Medizinstudium erfolgreich beendete, sich aber gegen eine medizinische Weiterbildung entschied und ein neues Studium an einer Universität aufgenommen hatte. Für ihn waren die Erfahrungen seines Medizinstudiums inzwischen weniger präsent, weshalb er mir vor allem weitere Interviewpartner:innen vermittelte und sich unser Gespräch etwas kürzer gestaltete. Über ihn gelangte ich an David, welcher sich zum Zeitpunkt des Gesprächs in seiner Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner befand. Neben David lernte ich Sascha kennen, welcher nach seinem Medizinstudium in Deutschland seit einigen Jahren an einem Klinikum tätig ist. Er verwies mich schließlich auf seinen Kollegen Eli, welcher ebenfalls seit einigen Jahren im gleichen Klinikum arbeitet.

Bei meinen Forschungspartner:innen zeigte sich somit eine gewisse Diversität – nicht nur was Alter und gelesenes Geschlecht angeht, sondern auch ihre Praxiserfahrungen im medizinischen Bereich und ihr Migrationshintergrund. Ein Teil meiner Forschungspartner:innen (Maya, Anissa, Dilan, Martin) wurden als Kinder in zweiter Generation in Deutschland geboren und haben jeweils durch beide Eltern beziehungsweise bei Martin durch einen Elternteil Migrationsgeschichte (Afghanistan, Iran, Türkei, Marokko). Der andere Teil meiner Forschungspartner hingegen besitzt eigene Migrationserfahrungen. David wurde in Südamerika geboren und kam bereits als Kind nach Deutschland. Sascha kam aus einem osteuropäischen Land nach Deutschland und nahm hier ein Medizinstudium auf. Eli ist ebenfalls in einem osteuropäischen Land aufgewachsen und kam nach seinem abgeschlossenen Medizinstudium nach Deutschland. Durch

ihren unterschiedlichen Hintergrund sind meine Forschungspartner:innen nicht gleichermaßen von Rassismus betroffen. Viele von ihnen merkten an, dass man sie durch ihren Namen und/oder durch ihr Äußerliches in bestimmten Situationen auch ‚white passen‘ könne – das heißt, dass sie also von anderen in ihrem Alltag als deutsch *weiß* gelesen werden. Unterschiedliche Betroffenheiten von Rassismus werden in meiner Analyse im Folgenden mitgedacht und berücksichtigt, ohne diese zu hierarchisieren. Wie bereits erwähnt geht es mir vor allem darum, ein diverses Verständnis von Rassismus in seinen unterschiedlichen Facetten nachzuzeichnen und subjektiv nachzuspüren.

Vorgehen der Datenerhebung und -auswertung

Mit dem Anliegen der Arbeit, von Rassismus betroffene Personen zu Wort zu kommen zu lassen, entschied ich mich bei der Methodenauswahl für leitfadengestützte Interviews. Denn insbesondere Interviews bieten den Raum für Austausch und das Teilen subjektiver Sichtweisen (Thomas 2019). Die Interviews selbst waren halbstandardisiert und durch einen Leitfaden gestützt, welcher mehr als Orientierungspunkt statt als starre Verlaufsvorgabe dienen sollte. Denn meinen Gesprächspartner:innen sollten nicht das Gefühl vermittelt bekommen, der Verlauf des Gesprächs werde allein durch meine Fragen bestimmt. Vielmehr wollte ich meinem Gegenüber genauso Handlungsmacht über den Verlauf des Gesprächs überlassen (Spirito-va 2014: 121). Davon unabhängig erfüllte die Vorbereitung eines Leitfadens für mich auch eine selbstreflexive Funktion im Forschungsprozess: Meine Fragen niederzuschreiben, half mir, eigene Vorbehalte oder eventuelle Vorurteile, die ich mit ins ethnografische Feld bringen könnte, zu hinterfragen. Auf diese Weise wollte ich umgehen, selbst rassistisches Vokabular zu nutzen oder rassistische Narrative zu reproduzieren. Fragen, die mir in der kritischen Rückschau dennoch problematisch erschienen, überarbeitete ich für die Folgeinterviews und optimierte auf diese Weise von Interview zu Interview meinen Leitfaden. Beim Erstellen des Leitfadens selbst orientierte ich mich am SPSS-Verfahren der Sozialwissenschaftlerin Cornelia Helfferich – also dem Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren von Fragen (Helfferich 2011). Dieses Verfahren bringt den Vorteil, dass es „der Vergewärtigung und dem Explizieren des eigenen theoretischen Vorwissens und der impliziten Erwartungen an die von den Interviewten zu produzierenden Erzählungen“ (Helfferich 2011: 182) dient, was mir bei einer rassismuskritischen Forschung umso wichtiger erscheint. Mir ist bewusst, dass gerade die „produzierenden Erzählungen“ (Helfferich 2011: 182) für mich als Forscherin zwar die Basis meines empirischen Materials bilden, für meine Forschungspartner:innen aber mit Unbehagen verbunden sein können. Um meinen Interviewpartner:innen bereits bei der Kontaktaufnahme gewisse Hemmungen zu nehmen, wurde im Anschreiben kommuniziert, dass sich das Gespräch danach richten kann, welche persönlichen Berührungspunkte sie zum Forschungsthema haben und was sie teilen möchten. Zudem habe

im Kontakt mit den Interviewpartner:innen erläutert, dass sich mein Interesse danach richtet, welche Erfahrungen sie im Arbeitsalltag (mit-)erlebt haben, wie mit Rassismus im Gesundheitswesen umgegangen wird und welche strukturellen Angebote es diesbezüglich gibt. Auch wenn dadurch die Gespräche bereits in eine bestimmte Richtung gelenkt wurden und ich bei meinen Gesprächspartner:innen eine gewisse Erwartungshaltung erzeugte, entschied ich mich bewusst für das offene und transparente Kommunizieren meines Erkenntnisinteresses. Transparenz war mir wichtig, auch um meinen Gesprächspartner:innen mögliche Unsicherheiten zu nehmen. Einerseits hätten diese sonst gegebenenfalls ihre eigene Kompetenz als Interviewpartner:innen (noch stärker) angezweifelt, andererseits hätte eine knappe Gesprächsanfrage im Kontext von Rassismuserfahrungen möglicherweise ein Gefühl der Befremdlichkeit ausgelöst.

Die Interviews selbst fanden alle im öffentlichen Raum, konkret in Cafés, statt. Bis auf zwei meiner Interviewpartner:innen hatte ich keine der Personen vorher kennengelernt. Eine Einladung zu jemanden nach Hause erschien mir deshalb zu intim. Gleichzeitig ging ich damit die Gefahr ein, dass in einem öffentlichen Raum wie einem Café, weniger eine vertraute Atmosphäre geschaffen werden kann. Gerade das Reden über persönliche Themen wie die eigenen Rassismuserfahrungen bedingt das Vorhandensein sogenannter *safe(r) spaces* (Can 2022: 405). Diesen konnte ich meinem Gegenüber als *weiße* Forscherin ohnehin nicht gewähren. Dennoch berücksichtigte ich bei der Auswahl der Cafés, dass wir nicht Tisch an Tisch mit Sitznachbar:innen sitzen, um zumindest ansatzweise eine vertraute Atmosphäre zu schaffen. Außerdem war es mir wichtig, das Gespräch zu Beginn mit allgemeinen Fragen zum Kennenlernen aufzulockern. Ich erzählte meinem Gegenüber von mir, meinem Studium und meiner Forschung, um eine Forschende-Beforschte-Hierarchie abzuschwächen. Da ich vor allem im Gespräch mit Martin feststellte, dass sich mein Gegenüber durch meine Interviewanfrage in die Rolle gedrängt fühlte, als rassistisch markierte Person automatisch als Expert:in für Rassismus gesehen zu werden, versuchte ich dies in den folgenden Interviews stärker zu reflektieren und aktiv zu thematisieren. Zu Beginn der darauffolgenden Gespräche stellte ich klar, dass es mir in den Interviews vor allem um persönliche Erfahrungen und Sichtweisen und nicht um objektive Darstellungen ging, in denen mein Gegenüber als *Token*⁸ – also als Repräsentant:in für eine ganze Gruppe – gesehen wird. Dies würde tendenziell rassistische Perspektiven reproduzieren. Um sicherzugehen, dass sich meine Gesprächspartner:innen wohlfühlen und im Gespräch, wenn nötig, auch eigene Grenzen setzen, ermutigte ich sie, mir nur das mitzuteilen, was sie teilen wollten. Ohnehin offenbarte sich in

8 Der Begriff geht auf die amerikanische Soziologin Rosabeth Moss Kanter zurück und bezieht sich auf marginalisierte Personen, welche in dominanten Gruppen als Repräsentant:innen ihrer jeweiligen Gruppe betrachtet werden. Sie prägte den Begriff in ihrer Studie zu Geschlechterverhältnissen in Industrieunternehmen, in welcher sie die Machtdynamiken und Rollenzuweisung von Frauen in männlich dominierten Arbeitsbereichen untersuchte. (Kanter 1977).

den Gesprächen, dass die Rassismuserfahrungen im Berufs- und Studienalltag nicht immer über den Akt des Erzählens direkt abrufbar sind. Für den Erzählforscher Albrecht Lehmann ist das Erzählen von Erfahrungen schließlich dadurch bedingt, wie sie erinnert werden. Das bedeutet, dass eine Erfahrung nur erzählt werden kann, wenn ihr zum einen ein subjektiver Sinn zugeschrieben wurde. Zum anderen muss die Erinnerung im Moment des Erzählens präsent und zugänglich sein (Lehmann 2007). Gerade in Verbindung mit dem Erinnern und Abrufen von Rassismuserfahrungen kann die bereits thematisierte Alltäglichkeit von Rassismus eine Rolle spielen, die zu einer Normalisierung bis hin zu einer Banalisierung der Diskriminierungserfahrungen führt (Terkessidis 2004: 208). Dilan reflektiert: „Also es ist wirklich so viel [...], dass ich das so ein bisschen aufrufen muss, weil man das irgendwie verdrängt zum Schutze für sich und [...] weil es eben tagtäglich Millionen Sachen gibt“.⁹ Zum einen ermöglichte ich meinen Forschungspartner:innen relativ zu Beginn des Gesprächs mit generellen und offenen Fragen, mir einen Einblick in ihren persönlichen Bezug und individuelle Wahrnehmung des Forschungsthemas zu bieten. Zum anderen erwiesen sich jedoch auch Nachfragen nach bestimmten (strukturellen) Faktoren, welche meiner Vermutung nach im Zusammenhang mit Rassismus im medizinischen Bereich stehen könnten, als Impulsgeber für das Gespräch. Das Wissen über die Faktoren entnahm ich sowohl aus Forschungsstudien zu dem Thema sowie aus den ersten Interviews. Spannend war für mich, wie unterschiedlich die Gespräche mit den sieben Gesprächspartner:innen verliefen. Manche Gespräche waren sehr persönlich, andere gaben mir eher einen Einblick in Arbeitsstrukturen und -praktiken. Vor allem das letzte Gespräch mit Dilan wühlte mich in der Interviewsituation selbst emotional auf. Das Teilen ihrer persönlichen Erfahrungen sowie ihrer Gedanken und Gefühle evozierte, dass die Rolle zwischen meinem persönlichen und empathischen Ich sowie meinem forschenden und vermeintlich neutralen Ich verschwamm. Die angestrebte Balance zwischen vertrauter Nähe und professioneller Distanz geriet aus dem Gleichgewicht. Es stellte mich vor die Herausforderung, meine eigene Beklommenheit in der Interviewsituation wahrzunehmen und zu akzeptieren, ohne mit meinen eigenen Emotionen zu viel Raum einzunehmen. Gleichzeitig können, so schreiben die Erziehungswissenschaftler:innen Veronika Kourabas und Paul Mecheril,

„[d]as Anerkennen und die Nicht-Banalisierung der Rassismuserfahrungen des Gegenübers, eine Sensibilität für und ein Wissen über die Affektgeladenheit des Themas *Rassismus* sowie das Eingestehen möglicher Verstehensklüfte [...] als kommunikative Beziehungsmaximen einer rassismuskritischen geleiteten Auseinandersetzung verstanden werden.“ (Kourabas/Mecheril 2022: 27)

Die Frage, wie ich mit dieser Affektgeladenheit und den Machtasymmetrien in den Gesprächen umgehe, begleitete mich auch im Prozess der Daten-

9 Interview mit Dilan vom 15.4.2024 (Material liegt bei der Autorin).

auswertung. Um gerade die nonverbalen Handlungen wie das eben beschriebene Nähe-Distanz-Verhältnis oder die räumliche Atmosphäre zu erfassen, habe ich meine Eindrücke zeitnah nach den Gesprächen in meinem Forschungstagebuch festgehalten und reflektiert. Für die Verschriftlichung der Interviews selbst und die Auswertung der Daten wurde mit dem Software-Programm MAXQDA gearbeitet. Insbesondere mit der Transkription der Gespräche geht immer auch eine Konstruktion und erste Interpretation der Datenbasis einher, die mir als Forscherin eine Deutungsmacht verleiht. Ich war mir bewusst, dass die Transkripte kein exaktes Abbild der Gespräche darstellen und vor allem nonverbale Handlungen und Machteffekte nur schwer abbildbar sind. Der Sprachwissenschaftler Persson Perry Baumgartinger verweist darauf, dass zu diesen Handlungen eben auch „die emotionale Konstruktionsarbeit von Personen, die nicht in ihrer Hauptsprache sprechen oder parallel zum Sprechen eine diskriminierende Äußerung verbreiten (das kann sich u. a. in Pausen zeigen)“ (2014: 107) zählt. Insofern wurde das Setzen von Pausen in den Transkripten berücksichtigt, während Satzkonstruktionen teilweise geglättet wurden, denen ich keine Analyserelevanz beimaß. Nach dem Verfassen und einer ersten Sichtung der Transkripte, folgte mit dem Kodierprozess das Organisieren und Aufbrechen der Datenstruktur (Breidenstein et al. 2020). Das Kodieren wurde an dem von Glaser und Strauss entwickelten Kodierverfahren vom offenen, axialen und selektiven Kodieren orientiert. Das heißt, es wurden im zyklischen Prozess gegenstandsnahe Begriffe gesammelt, in einem weiteren Schritt die Begriffe abstrahiert sowie in ihrem Kontext und in ihren Relationen zueinander verortet, um abschließend beim selektiven Kodieren die Codes zu konkretisieren und ein Kernkategoriensystem herauszuarbeiten. Vor dem Hintergrund des theoretischen Samplings wurden die Daten hierbei auch nach Relevanz und Kontrastierungen untersucht (Truschkat 2011). Sobald sich abzeichnete, dass die Kategorien in ihrem Gerüst ausreichend fundiert waren, näherte ich mich dem erwünschten Moment der theoretischen Sättigung (Corbin/ Strauss 2015: 240). Insofern es möglich war, versuchte ich in dem Kodierverfahren Ereignisse und Umstände im Zusammenhang mit Rassismus im medizinischen Bereich zu benennen, zu relationieren sowie mithilfe von Distanzierungen auf einer übergeordneten Metastruktur zu verorten. Dabei ging es im Laufe dieses Prozesses darum, eine Offenheit und Sensibilität für die Daten zu wahren, um nicht dem Unterfangen des „going method“ (Breidenstein et al. 2020: 127) zu unterliegen und den Blick fürs Ganze zu verlieren oder ethnografischen Grundlogiken zu unterlaufen.

Eigene Positionierung und forschungsethische Reflexion

„[...] ich hätte nochmal persönlich gerade eine Frage. Wieso bist du eigentlich an dem Thema so interessiert? Du engagierst dich ja auch irgendwo mit deiner Masterarbeit, dass du dich diesem Thema widmest? Hast du denn irgendwie Berührungspunkte, wenn ich fragen kann?“ (Interview mit Dilan vom 15.4.2024)

Dies ist eine berechnete Frage, die mir eine:r meiner Forschungspartner:innen gegen Ende des Gespräches stellte. Damit sprach Dilan den Elefant im Raum an, warum ich mich als weiße Person mit diesem Thema auseinandersetzen und mich für dieses Thema engagieren möchte. In Betracht dessen ist es mir wichtig, mich als weiße Forscherin in meinem machtdurchzogenen Feld klar zu positionieren. Der folgende Abschnitt soll daher offenlegen, auf welchen forschungsethischen Grundlagen diese Arbeit gründet.

Ob eine deutliche Positionierung und ein bewusstes Eingreifen von Kulturwissenschaftler:innen in ‚ihr‘ Feld legitim und wünschenswert sind und wie sich dies gegebenenfalls umsetzen lässt, wird seit einigen Jahren im Rahmen der *Engaged Anthropology* diskutiert (Low/Engle Merry 2010: 204). Wenn ich meine Forschung stärker als solche konzipiert hätte, wäre es möglich gewesen, mich kritisch mit politischen Entscheidungsprozessen im Gesundheitswesen zu befassen. In Zusammenarbeit mit meinen Forschungspartner:innen hätte ich im Sinne des „powersharings“ (Can 2022: 404) Macht geteilt und gemeinsam Wissen generiert, um Handlungsstrategien für den Umgang mit Rassismus in medizinischen Bereichen zu entwickeln. Vor allem partizipative Ansätze erschienen mir durchaus produktiv, überstiegen in den meisten Fällen jedoch meine Kapazitäten als einzelne Forscherin. Gleichwohl vertrete ich in der Forschung das Handlungskonzept des „empowersharings“ (Can 2022: 402) als ethische Haltung und Verantwortung. In Bezug zur Feldkonstruktion und Fragestellung richte ich dementsprechend den Fokus meines Interesses nicht nur auf die (mit-)erlebten Rassismuserfahrungen. Vielmehr sollten die Gespräche mit meinen Forschungspartner:innen ebenso den Raum schaffen, über die Umgangsweisen mit den Diskriminierungserfahrungen zu sprechen oder über mögliche Handlungsstrategien nachzudenken. Vor diesem Hintergrund betrachtete ich mein Gegenüber als

„handlungsmchtiges Subjekt [...], das nicht seinem Schicksal ohnmächtig ausgeliefert ist, sondern grundsätzlich über die Potenzialität verfügt, als Akteur*in Selbstbestimmung und (Selbst-)Verantwortung auf sein Leben und die Welt wirken und damit in der Innen- wie auch der Auenwendung Veränderung herbeiführen zu können.“ (Can 2022: 404)

Insbesondere aus einem machtkritischen Ansatz wird dabei gefragt, wie durch die herbeigeführte Veränderung bestehende Machtasymmetrien umgestaltet und ausbalanciert werden können (Can 2022). Allerdings verlangt das Forschungsfeld nicht nur eine Sensibilität gegenüber den gesellschaftlichen Machtverhältnissen in den medizinischen Bereichen. Genauso erfordert mein Forschungsvorhaben, mich kritisch mit den Machtpositionen zwischen mir und meinen Forschungspartner:innen auseinanderzusetzen, wie Halil Can betont:

„Powersharing im Kontext von Rassismus erfordert dabei von als Weiß positionierten Menschen ein selbstkritisches und selbstreflektiertes Bewusstsein über die eigene Verstricktheit in der rassistischen Machtmatrix, ein Bewusstsein darüber, Träger von Macht, Kapitalien und Privilegien zu sein und damit aus der privilegierten Dominanzposition die rassistischen Machtverhältnisse mit zu reproduzieren.“ (Can 2022: 413)

Inwiefern man als *weiße* Forscher:in in rassistische Verhältnisse verstrickt ist oder diese gar reproduziert, knüpft an die Debatten der bereits aufgezeigten Kritischen Weißseinsforschung an (Piesche 2005). Vor diesem Hintergrund stellt sich mir die Frage, aus welcher Position und aus welcher Perspektive heraus ich Wissen generiere. Die feministische Theoretikerin Donna Haraway prägte hierfür den Begriff des „situated knowledges“ (1988: 581), welcher darauf verweist, dass Wissen nie objektiv sein kann. Konkret bedeutet das, wie ich im Kontext dieser Arbeit Alltagsrassismus erforsche, ist Haraway folgend, durch meine eigene Sozialisierung und verinnerlichte Denkweise geprägt. Auch meine Forschung ist in einem historischen, kulturellen, ökonomischen und sozialen Kontext situiert (Haraway 1988). Ein wichtiger Teil dieser Arbeit ist deswegen auch die Reflexion dessen, inwiefern ich als *weiße* Forscher:in in rassistische Denkstrukturen in der Wissenschaft wie auch der Gesellschaft eingebunden bin und wie ich gegebenenfalls bestehende Dominanzverhältnisse durch meine Forschung untermauere (Junker 2005: 433). Ein Nichtthematisieren dieser Machtstrukturen und ein vermeintlicher Neutralitäts- und Objektivitätsanspruch würde für die Ethnologin Katharina Schramm eine „silencing practice“ (2005: 467) des Faches fortführen und erweist sich gerade durch dessen historisches Erbe als besonders problematisch (Schramm 2005).

Ein wichtiger Aspekt war dabei für mich, dass Reflexion, wie Schramm es formuliert, „demnach nicht allein aus dem Selbst heraus geleistet werden [kann], sondern sie ist das Produkt eines Interaktionsprozesses“ (2005: 470). Auch meine Reflexion wurde nicht allein von mir jeweils vor oder nach den Gesprächen an meinem Schreibtisch geleistet. Viel Input und Gedanken wurden erst durch die Interaktion mit meinem Gegenüber angeregt. Sei es zum einen das bereits erwähnte Hinterfragen der von mir zugewiesenen Rolle meiner Gesprächspartner:innen als Expert:innen für das Thema, was mir meine dahinter projizierte Erwartungshaltung widerspiegelte. Auch umgekehrt wurde ich von einem Gesprächspartner als Expertin für das Thema betitelt, was in mir zunächst Irritation auslöste. Gleichzeitig veranschaulichte es mir meine Wahrnehmung als *weiße* Akademikerin und Trägerin von Wissen. Oder sei es zum anderen auch das knappe und kurz angebundene Antworten auf meine Fragen zu Gesprächsbeginn in einer Interviewsituation, was mir ebenfalls zu erkennen gab, dass sich die Person durch mein wissenschaftliches Interesse am Thema zu einem Neutralitäts- und Objektivitätsanspruch verpflichtet fühlte. Die Begegnungen im Feld stoßen viel in mir an und forderten mich zu einem sensibleren Umgang und einer deutlicheren

Sichtbarmachung meines Forschungsanliegens heraus. Die Frage zu Beginn des Abschnittes steht exemplarisch dafür. Daher ist es mir wichtig, hier nicht zu unterschlagen, dass meine Forschungspartner:innen entscheidend zu meinem Aushandlungs- und Reflexionsprozesses beigetragen haben, indem sie mir mitunter die Begrenztheit wie auch Problematik meiner eigenen Perspektiven vor Augen führten.

Was sich letztlich in meiner Forschung nicht auflösen lässt: Ich schreibe in dieser Arbeit über von Rassismus betroffene Personen. Gerade eine rassistisch-kritische Auseinandersetzung aus einer *weißen* Perspektive kann für die Literatur- und Kulturwissenschaftlerin Peggy Piesche in einer „wieder alles vereinnahmenden Selbstreferenzialität“ (2005: 15) münden (Junker 2005: 436). Die Diskussion, wer sich überhaupt das Recht nehmen kann, über andere zu schreiben, kam in der Kulturwissenschaft mit der *Writing-Culture*-Debatte auf (Massmünster 2014). Um diese Problematik zumindest teilweise abzuschwächen, ist es ein Anliegen der Arbeit, meine Interviewpartner:innen mittels direkter Zitate zu Wort kommen zu lassen und deren Stimme sowie Wissen sichtbar zu machen. Ein kollaborativer Ansatz, der durch die Zusammenarbeit mit meinen Forschungspartner:innen beispielsweise im Schreibprozess eine Vielstimmigkeit integriert hätte, erwies sich durch die zeitlich und ökonomisch begrenzten Ressourcen meiner Akteur:innen wie ebenso meinerseits als schwer realisierbar. Zuletzt achtete ich selbstverständlich während des gesamten Forschungsprozesses darauf, dass sich die Teilnahme an den Gesprächen nicht negativ auf meine Forschungspartner:innen auswirken könnte. Damit einher gingen Fragen der Anonymisierung und des Datenschutzes (Unger 2014). Zum einen sagte ich meinen Interviewpartner:innen eine völlige Anonymisierung zu. Zum anderen legte ich offen, wofür die Aufzeichnung der Gespräche nützlich sei und was mit den Daten passiere. Die erhobenen Forschungsdaten wurden bereits im Auswertungsprozess anonymisiert in geschützten Clouds gesichert.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Arbeit keinesfalls einem Neutralitätsanspruch verpflichtet, sondern klar positioniert. Dabei geht es nicht nur um die kritische Auseinandersetzung mit den rassistischen Strukturen und Praktiken sowie *Weißsein* im medizinischen Bereich, sondern auch um die kritische (Selbst-)Reflexion im Forschungsprozess. Daher gilt es, mein eigenes *Weißsein* in der Forschung anzuerkennen, mitzudenken und die damit verbundene Machtposition kritisch zu hinterfragen beziehungsweise hinterfragen zu lassen. Darüber hinaus betrachte ich meine Forschungspartner:innen zum einen als handlungsmächtige Subjekte in ihrem Arbeits- und Studienalltag, die nicht nur passiv den Rassismuserfahrungen ausgesetzt sind, sondern je nach verfügbaren Ressourcen auch aktiv darauf reagieren. Zum anderen nehmen sie im Forschungsprozess eine relevante Rolle als Akteur:innen in der Wissensproduktion ein. Ihre Erfahrungen und ihr Wissen sollen nicht unterschlagen, sondern sichtbar gemacht werden. Vor allem da ich mir der Begrenztheit meines eigenen Wissens über rassistische Verhältnisse bewusst sein muss (Junker 2005: 430).

Empirische Ergebnisse: Rassismus in der Medizin und der Umgang damit

Im Folgenden werden in drei zentralen Kapiteln die empirischen Ergebnisse vorgestellt. Im Laufe der Auswertung und der Entwicklung des Kategoriensystems erwies es sich als sinnvoll, die umfassenden Erscheinungen von Alltagsrassismus im medizinischen Bereich sowie den Umgang meiner Interviewpartner:innen damit in drei große Bereiche zu untergliedern. Zum einen werden mit dem Thema der Sprachbarrieren und der ärztlichen Aufklärung strukturelle Hürden und die (mögliche) Bewältigung dieser betrachtet. Zum anderen wird sich der interpersonalen Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen oder auch zwischen Lehrpersonal und den Student:innen zugewendet und Praktiken der Differenzierung durch *Othering* beleuchtet. Zuletzt wird sich den epistemischen Wissensordnungen in Lehre und Forschung zugewendet und eruiert, wo bestehende Machtstrukturen einerseits sichtbar werden. Mit der Frage, welche Wissenslücken und marginalisierte Stimmen sich offenbaren, richtet sich andererseits die Perspektive ebenso auf das Aufbrechen der hierarchischen Ordnungen. Der letzte Abschnitt lässt sich zudem als Ausblick verstehen, in welchem der Handlungsbedarf im medizinischen Bereich diskutiert wird. Auf diese Weise werden drei große Ebenen des Rassismus thematisiert: seine Verankerung in Strukturen, Praktiken und Institutionen. Die Zuordnung zu diesen Kategorien war selten eindeutig. Vielmehr überschneiden sich die drei Bereiche und sind miteinander verwoben. Die Darstellung der Ergebnisse ist daher meine eigene Lesart der Interviews – sie ließe sich aber gewiss auch anders deuten und strukturieren.

Der Umgang mit Sprachbarrieren: die Bewältigung struktureller Hürden

Ein zentrales Thema in den Gesprächen war der Umgang mit Sprachbarrieren. Denn Sprachbarrieren gehören zum Arbeitsalltag meiner Interviewpartner:innen dazu. Zum einen erleben Personen wie Eli sie im eigenen Arbeitsalltag. Allerdings wirken sich seinem Eindruck nach die kleinen Verständnisschwierigkeiten nicht auf die Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung aus.¹⁰ Viel deutlicher zeigen sich Sprachbarrieren in der Begegnung mit nicht deutschsprachigen Patient:innen beziehungsweise mit Patient:innen mit unzureichenden Deutsch-Sprachkenntnissen. Wie eine gemeinsame Kommunikationsbasis geschaffen werden kann und somit eine gleichwertige Behandlung für alle Patient:innen gewährleistet wird, stellt das ärztliche Personal vor strukturelle Herausforderungen. In der Ausbildung wird meinen Interviewpartner:innen zufolge den angehenden Ärzt:innen vermittelt und im Arbeitsalltag nahegelegt, in solchen Fällen Dolmetscher:innendienste hinzuzuziehen. Welche Rolle die ärztliche Aufklärung spielt und in welchen Fällen diese einfach umgangen wird, soll im Folgenden aufgezeigt werden, bevor ausführlicher auf die Dolmetscher:innendienste eingegangen wird. Zugleich zeigte sich in den Gesprächen, dass viele meiner

10 Interview mit Eli vom 14.4.2024 (Material liegt bei der Autorin).

Interviewpartner:innen mehrsprachig aufgewachsen sind und/oder mehr Sprachen als nur ihre Muttersprache(n) beherrschen. Diese Mehrsprachigkeit kann ihnen daher den Umgang mit Sprachbarrieren erleichtern, gleichzeitig allerdings auch andere dazu verleiten, sie in die Rolle der (Sprach-) Vermittler:innen zu stecken, was abschließend veranschaulicht wird.

Zwischen ‚einfach machen‘ und gewissenhafter Aufklärung

Grundlegend kann sich der Umgang mit Sprachbarrieren je nach medizinischem Personal sowie medizinischem Bereich unterscheiden. Allerdings kam in den Gesprächen ein Muster zur Sprache, bei welchem medizinisches Personal dazu tendierte, im Falle von Sprachbarrieren ‚einfach zu machen‘, statt ihre Patient:innen über das Vorgehen und die Behandlung aufzuklären. Anissa legt dar: „Patienten mit Sprachbarrieren, da wird einfach gemacht. Also so dieses ‚egal, wir hängen ihm jetzt mal das an, wir machen jetzt das‘. Und der Patient lässt alles über sich ergehen so, ne.“¹¹ Wie sie schildert, hatte sie bei Patient:innen mit Sprachbarrieren Situationen beobachtet, in welchen ohne Absprache mit den Patient:innen gehandelt wurde und die Patient:innen dies über sich ergehen lassen müssen. Auch Dilan bestätigt diesen Umgang: „Aber ich muss sagen, bei den Patienten, die nicht deutsch sprechen, dann ist die Versorgung schon generell so ein bisschen über deren Kopf hinweg, leider Gottes.“ Ein ausführliches Beispiel über einen miterlebten Fall zwischen einem Anästhesisten und einem ukrainischen Patienten im Operationsraum schildert Maya:

„[...] der Patient sollte für die Narkose vorbereitet werden und ähm (...)“¹² da meinte dieser Oberarzt zu dem Pfleger, der diesen ukrainischen Patienten mitbetreuen sollte, er würde gar nicht lange Faxen machen wollen bei dem Patienten. Also der Oberarzt (...) würde ihn einfach schnell medikamentös in Narkose versetzen wollen und ihm gar nicht viel drum herum an Fragen stellen wollen. Es gibt halt so bestimmte Sicherheitsfragen, die man immer vorher stellt. Oder auch so ein bisschen, dass man auch ein angenehmes Gespräch beginnt, bevor man jemanden in Narkose versetzt.“¹³

Sie führt kurz darauf weiter aus:

„Also dieser ganze (...) psychosoziale Teil ist ein Aspekt einer Narkose, der sollte bei ihm halt übersprungen werden und wurde dann auch bei ihm übersprungen. Ihm wurde halt schnell so ein venöser Zugang gelegt, über den man halt dann ein Narkosemedikament verabreichen konnte und dann war er halt weg und konnte operiert

11 Interview mit Anissa vom 19.12.2023 (Material liegt bei der Autorin).

12 Die runden Klammern symbolisieren gemäß den verwendeten Transkriptionsvorgaben Sprechpausen, während die eckigen Klammern von mir vorgenommene Auslassungen beim Zitieren markieren.

13 Interview mit Maya vom 25.11.2023 (Material liegt bei der Autorin).

werden. Und (...) also ich war ein bisschen frustriert, also sehr frustriert, als ich davon mitbekommen habe, weil ich das einfach ungerecht fand. Dieser Patient wurde anders behandelt, weil er eben nicht deutschsprachig war (...), kein deutscher Staatsbürger war und aufgrund dieser Tatsachen anscheinend auch ein unangenehmer Patient war, weil er in ihm einen gewissen Mehraufwand gesehen hat. Den man aber letztlich eigentlich hätte (...) ähm aufbringen können, weil eben eine dolmetschende Person eigentlich schon anwesend war und es auch die eine Hausärztin gab. Und ich dachte mir, mit ein bisschen mehr Zeit hätte/ (...) also in diese Patienten müsste man eigentlich mehr Zeit stecken, um ihnen eine gleichwertige Versorgung anbieten zu können, die sie ja auch genauso verdienen wie alle anderen deutschsprachigen, die dort behandelt werden. Und ja, da finde ich, wurde Zeit an der falschen Stelle gespart. So teilweise aus egoistischen Gründen heraus einfach.“

Wie spürbar wird, deutet Maya die Sprachbarriere als einen (zeitlichen) Mehraufwand für den Anästhesisten. Statt den Patienten mit ein paar Fragen und Worten auf die Verabreichung der Narkose vorzubereiten, wollte der Anästhesist „keine Faxen machen“. Maya empfindet diese Ungleichbehandlung als frustrierend, da der ukrainische Patient durch den Mehraufwand zu einem unbequemen Patienten erklärt und mit ihm anders umgegangen wurde. Wenn Patient:innen nicht auf Augenhöhe begegnet wird und sie nicht als handlungsfähige Subjekte anerkannt werden, wird dies im Bericht „Rassismus und seine Symptome“ vom Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitor mit der Praktik des *Silencing* in Verbindung gebracht (DeZIM 2023: 174–175). Sobald, wie in dem von Maya geschilderten Fall oder auch in den Beobachtungen von Anissa und Dilan, das medizinische Personal ‚einfach macht‘, wird den Patient:innen mit unzureichenden Deutschkenntnissen ohne Dolmetscher:innen die Möglichkeit genommen, zu sprechen. Wenn die Literaturwissenschaftlerin Spivak konstatiert, „Sprechen und Hören machen den Sprechakt erst vollständig“ (2008: 127), dann verweist dies auf das bewusste Nicht-zuhören-Wollen des medizinischen Personals bei Patient:innen mit Sprachbarrieren. Es resultiert daraus ein unvollständiger Sprechakt, der ein hierarchisches Machtgefälle hervorruft. Die Klinik wird in dem Fall zu einem Bereich, in dem den Patient:innen mit Sprachbarrieren keine Artikulationsmöglichkeiten und dementsprechend Eigenmacht zugesprochen wird. Mit dem über den Kopf entscheiden, finden deren Bedürfnisse kein Gehör. Wenn man diese Praktik des *Silencing* jedoch im Kontext betrachtet, werden den Schilderungen meiner Interviewpartner:innen zufolge solche Fälle insbesondere in den klinischen Bereichen mit hohem Zeitdruck offensichtlich. Zeit sei laut meinen Interviewpartner:innen in der Klinik eine knappe Ressource, was in der Folge das ‚einfach Machen‘ und das Umgehen einer Übersetzung nach sich ziehen kann.

Auch David ist mit dem Zeitdruck durch seinen Arbeitsalltag in Ärzt:innenpraxen vertraut. Während man ihm zufolge für Patient:innengespräche im

Durchschnitt fünf bis zehn Minuten einplane, gestalten sich die Gespräche mit Patient:innen mit Sprachbarrieren zeitaufwendiger. Wie er jedoch betont, bestehe hierbei oft die Bemühung, sich trotzdem Zeit für ein Gespräch zu nehmen:

„[...] aus medizinischer Sicht nimmt man sich ja die Zeit dafür. Nur (...) wenn du halt selber eine halbe Stunde brauchst, um zu verstehen, was der Patient eigentlich möchte. Dann musst du umgekehrt noch (...) das alles erklären, was du jetzt von ihm möchtest. Und das zieht sich natürlich dann auch. Aber aus medizinischer Sicht muss (...) zumindest ich, und auch die Kollegen, mit denen ich jetzt immer zusammengearbeitet habe, wollten alle halt trotzdem ihre Zeit sozusagen opfern. Das ist natürlich dieses strukturelle Problem.“¹⁴

Die Schwierigkeit im Falle von Sprachbarrieren aufeinander einzugehen und dabei nicht die Geduld zu verlieren, sieht David als eine zentrale Herausforderung. Allerdings nimmt David in seinem Arbeitsumfeld trotzdem die Bereitschaft wahr, die notwendige Zeit zu investieren, um eine gleichwertige Qualität der Patient:innenversorgung zu gewährleisten. Wie er betont, offenbart sich dennoch ein strukturelles Problem. Zum einen sind die behandelnden Ärzt:innen durch den Zeitdruck verleitet, die Gespräche nicht in die Länge zu ziehen und ihm zufolge „weiter[zu]denken aus ökonomischen Gründen“. Zum anderen fehlt es vielen Patient:innen mit Sprachbarrieren an Wissen über Unterstützungsangebote und Zugänge zu diesen, was im folgenden Abschnitt ausführlicher diskutiert wird.

Für Sascha und Eli ist ‚einfach machen‘ keine Option, da in ihrem beruflichen Kontext die Patient:innengespräche meist ausführlicher verlaufen. Während Zeitdruck dadurch weniger eine Rolle spielt, sind sie allerdings auf eine gute Zusammenarbeit mit Dolmetscher:innen angewiesen, wie Eli betont:

„Ähm bei uns es gibt mehr Sprachbarrieren bei Patienten, die selbst einen ausländischen Migrationshintergrund haben und da muss man unbedingt mit einem Dolmetscher arbeiten. Also wir haben auch ab und zu Fälle gehabt, wo die gesagt haben, ‚jaja, wir sprechen genug deutsch‘ oder sowas. Und wenn man merkt, dass es eigentlich nicht genug ist, dann (...) würde ich auf jeden Fall einen Dolmetscher bestellen für nächstes Mal. Denn das sind komplizierte Themen und ich muss auch sicher sein, dass der Patient das alles verstanden hat und nicht nur irgendwelche Wörter ab und zu oder sowas. Wir haben auch Fälle gehabt, wo die mit dem zwölfjährigen Sohn kommen, der in Deutschland geboren ist und die sagen, ‚ja wir dolmetschen‘. Er spricht zwar deutsch besser als ich, aber er ist zwölf Jahre alt. Was für eine Ahnung hat er von [dem Fachbereich] und medizinischen Fachbegriffen und sowas? Da würde ich auch einen Dolmetscher bestellen.“

14 Interview mit David vom 4.3.2025 (Material liegt bei der Autorin).

Ähm (...) das natürlich auf jeden Fall. Also wir arbeiten auch viel mit den Dolmetschern. Das macht im Prinzip die Beratung deutlich länger und komplizierter. Aber muss einfach mit dem Dolmetscher sein.“

Aufgrund der Komplexität der Themen ist in den Gesprächssituationen häufig die Unterstützung durch Dolmetscher:innen erforderlich. Auch wenn vonseiten der Patient:innen die Bemühung besteht, das Gespräch mit den eigenen Sprachkenntnissen oder den eigenen Kindern als Vermittler:innen zu führen, wird gerade in den komplexeren Gesprächen auf die Notwendigkeit von Dolmetscher:innendiensten verwiesen. Zwar gestalten sich damit die Gespräche länger, doch eine gewissenhafte Aufklärung sei in diesen Fällen unabdingbar.

So zeigt sich bisher, dass sich je nach Komplexität und zeitlichen Kapazitäten in den jeweiligen medizinischen Bereichen der Umgang mit Sprachbarrieren unterscheidet. Insbesondere die Ausführungen von Maya und Anissa entfalten, wie Patient:innen mit Sprachbarrieren durch den „gewissen Mehraufwand“ als ‚schwierige‘ Patient:innen eingestuft werden. Die beiden verweisen auf den Einfluss auf die Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung, da die Kommunikation in den Vordergrund und das Wohlbefinden der Patient:innen in den Hintergrund rückt. Maya reflektiert nochmals:

„[...] gleichzeitig besteht finde ich von der behandelnden Seite aus auch gar nicht mehr unbedingt das Interesse oder vielleicht auch die Einsicht, mehr psychosoziale Kompetenzen zum Beispiel anzuwenden oder sensibler gegenüber dieser Person zu agieren. Also zu erkennen, dass es eine Situation ist, wo man eben genau diese psychosozialen Fähigkeiten einsetzen müsste, um beispielsweise zu umgehen, dass sich jemand aufgrund dieser Sprachbarriere und aufgrund der zusätzlichen dolmetschenden Person, die zugeschaltet ist, ähm (...) ja beispielsweise unwohl fühlt mit dem Arzt oder der Ärztin oder irgendwie nicht das Vertrauen zu diesem Arzt oder der Ärztin hat. Ich finde das fällt immer komplett weg, weil dann (...) geht es wirklich nur noch darum, hat diese Person verstanden hat, worum es geht. Wenn ja, okay gut. Dann war es das.“

Obwohl für Maya folglich vor allem der Umgang mit Sprachbarrieren psychosoziale Kompetenzen und eine gewisse Sensibilität erfordert, fällt dies im Umgang mit Patient:innen mit Sprachbarrieren oft weg. Wenn dieser zusätzliche Zeitaufwand durch Dolmetscher:innen gar nicht erst betrieben wird, thematisieren meine Interviewpartner:innen die Praktik des ‚einfach Machens‘. Diese führt durch das fehlende Mitspracherecht wiederum zu einer Form des *Silencing* bei den Patient:innen mit Sprachbarrieren. Indem den Patient:innen die Möglichkeit der Aufklärung und einer gleichberechtigten Behandlung genommen wird, werden diese stattdessen zu passiven und stummen Patient:innen, welche die Behandlung über sich ergehen lassen müssen. Die Forscher:innen Hamed et al. verstehen die ungleiche Behandlung von Patient:innen mit Sprachbarrieren als eine Form der struk-

turellen Diskriminierung, die das Leid der Patient:innen negiert: „unequal access to resources that leads to the silencing of suffering and [...] inequalities in power, which lead to the erosion of dignity.“ (Hamed et al. 2020: 1664). Statt eine Begegnung auf Augenhöhe zu schaffen, entsteht ein Machtgefälle, bei welchem den Patient:innen durch ihre fehlende Artikulationsmöglichkeit eine Handlungsmöglichkeit genommen wird, während das medizinische Personal von deren Machtposition Gebrauch macht und über deren Kopf hinwegentscheidet. Ein Machtgefälle mag zum Arbeitsalltag dazugehören, da die Patient:innen auf die Hilfe und Unterstützung des medizinischen Personals angewiesen sind. Anissa schildert:

„Also weil die haben halt meistens kein Wissen über jegliche (...) ähm körperliche Krankheiten generell so und müssen so hundertprozentig einfach auf das medizinische Personal vertrauen. Und ähm (...) es ist voll entscheidend, wie du mit diesem Vertrauen auch umgehst, finde ich.“

Die Patient:innen sind durch eine generelle Bedürftigkeit und Unwissenheit über den menschlichen Körper und Krankheiten darauf angewiesen, dem medizinischen Personal zu vertrauen. Mit einer Sprachbarriere erfordert es für Anissa allerdings umso mehr ein Vertrauen in die Kompetenzen des medizinischen Personals. Deshalb ist es für sie entscheidend, wie mit dem Vertrauen in dieser vulnerablen Situation umgegangen wird.

Dolmetscher:innendienst als strukturelles Unterstützungsangebot

Als eine zentrale Bewältigungsstrategie mit sprachlichen Hürden erweisen sich Dolmetscher:innendienste. Allerdings sind auch hier die Unterstützungsangebote je nach Arbeitskontext unterschiedlich. In den Interviews erwähnen einige Gesprächspartner:innen das breitgefächerte Angebot an Dolmetscher:innen in den klinischen Einrichtungen. Aufgrund der Komplexität vieler Patient:innengespräche nehmen vor allem Sascha und Eli die Dienste als Bereicherung wahr: „Zum Glück hat man hier die Möglichkeit, einen Dolmetscher zu haben (...) in hundertfünfzig unterschiedlichen Sprachen. Wiederum man ist komplett auf den Dolmetscher angewiesen, dass er auch bei komplizierten Themen gut und genau wiedergibt“¹⁵. Nicht selten merken sie in den Gesprächen, dass bestimmte Informationen nicht sinngemäß an die Patient:innen wiedergegeben werden. Eli folgert:

„Weil das ist auch so eine Vertrauenssache mit der Familie selbst und dann noch mit dem Dolmetscher. Ähm (...) aber das ist so das Schwierigste. Es bleibt immer eine Sprachbarriere da und wir hoffen nur, dass sie so viel wie möglich verstanden haben. Aber letztendlich, ich weiß nicht, was (...) übersetzt wurde.“

¹⁵ Interview mit Sascha vom 4.4.2024 (Material liegt bei der Autorin).

Trotz Dolmetscher:in bleibt für ihn die Sprachbarriere bestehen und erfordert Vertrauen in die Übersetzungsleistung der dolmetschenden Person. Sowohl Sascha als auch Eli merken an, dass sie aufgrund ihrer zusätzlichen Sprachkenntnisse manchmal Ungenauigkeiten in der Übersetzung bemerken und intervenieren. Insofern kommt es in den Gesprächen auf ein gemeinsames Arrangieren an. Mit der Zeit entwickelt sich aber durch regelmäßige Anfragen eine engere Zusammenarbeit mit bestimmten Dolmetscher:innen, was die Gespräche erleichtert.

Während es für Eli und Sascha es also eine Frage des Vertrauens in die Dolmetscher:innen ist, stellt sich für Dilan in dieser Hinsicht eher die Frage der Erreichbarkeit. Durch ihren Nebenjob als Pflegehilfskraft wird sie je nach Bedarf unterschiedlichen Abteilungen am Klinikum zugeteilt. Dadurch hat sie einen umfassenden Einblick in die Klinikstrukturen und stellt immer wieder fest, dass Dolmetscher:innen nur eingeschränkt verfügbar sind:

„Allein schon (...), ohne jemanden wirklich aufgeklärt zu haben, irgendwas zu machen, dürftest du theoretisch gar nicht. Passiert das? Tagtäglich. Also man hat auch nicht *twentyfour seven* einen Dolmetscher auf jeder Sprache. Vielleicht in den Frühdiensten, ja. Das habe ich schon sehr häufig mitbekommen. Aber in der Nacht? Da habe ich schon das Gefühl, da hast du halt nicht so viele Optionen.“

Während in den Früh- oder auch Spätschichten Dolmetscher:innen eher verfügbar sind, fehlt es ihr zufolge vor allem in den Nachtschichten an erreichbaren Diensten, sodass dem medizinischen Personal nicht viele Handlungsmöglichkeiten bleiben. Wie Dilan verdeutlicht, begünstigen diese strukturellen Umstände das Handeln des medizinischen Personals ohne ausführliche Aufklärung. Somit spielen bei dem ‚einfach machen‘ nicht allein die zeitlichen Kapazitäten eine Rolle, sondern ebenso die fehlende Verfügbarkeit der Dolmetscher:innendienste.

Doch während an den klinischen Einrichtungen meist ein interner Dolmetscher:innendienst bereitgestellt wird, reflektiert David in unserem Gespräch, dass in hausärztlichen Praxen oft nicht eindeutig ist, wer für das Bestellen von Dolmetscher:innen verantwortlich ist:

„das ist natürlich schwierig und da muss man sich eben fragen, ob das nicht Aufgabe des Arztes ist, denen die Hilfsangebote aufzuzeigen. Also in der hausärztlichen Praxis machst du das glaube ich eher, dass du denen sagst, okay gehen Sie mal dahin, ich geben Ihnen diese Nummer, rufen Sie da mal an. Ähm (...) und das andere ist, hier in der orthopädischen Praxis ist das natürlich schwieriger, sowas dann anzubieten. Und da geht natürlich vieles verloren. Und da muss man sich halt fragen, wer ist denn dafür verantwortlich, dass der Mensch dann trotzdem die Hilfe kriegt, die er bekommt dann.“

Er stellt dabei die Frage in den Raum, wessen Verantwortung es sei, auf einen Dolmetscher:innendienst zu verweisen und den Patient:innen mit

Sprachbarrieren Hilfsangebote aufzuzeigen. Je kleiner und spezifischer die Struktur der medizinischen Einrichtung sei, desto schwieriger gestalte sich seinem Eindruck nach die Frage nach der Verantwortlichkeit.

Die skizzierten Fallbeispiele zeigen, dass das Angebot von Dolmetscher:innendiensten als eine Erleichterung im Arbeitsalltag wahrgenommen wird. Doch sobald ich ausführlicher mit ihnen über die Zusammenarbeit und die Inanspruchnahme von Dolmetscher:innendiensten gesprochen habe, offenbarten sich auch gewisse strukturelle Hürden (Professionalität der Dolmetscher:innen), Lücken (Erreichbarkeit) sowie Unklarheiten (Verantwortung). Trotz der bestehenden Angebote an größeren medizinischen Einrichtungen wie Kliniken zeigt sich eine gewisse Ausbaufähigkeit. Um eine Gleichbehandlung aller Patient:innen in allen Fachbereichen sicherzustellen, bedarf es dem Eindruck meiner Forschungspartner:innen nach einer besseren Erreichbarkeit sowie Schulung der Dolmetscher:innen. Währenddessen veranschaulicht der Fall von David, dass sich bei kleineren medizinischen Einrichtungen grundlegend die Frage der Verantwortlichkeit für die Bereitstellung sowie den Zugang zu den Unterstützungsangeboten stellt. Ein Wissen über mögliche Anlaufstellen sowie niedrigschwellige Zugänge zu diesen Hilfsangeboten würde sowohl für das medizinische Personal wie auch für die Patient:innen mit Sprachbarrieren die Sprechstundentermine entlasten. In diesem Zusammenhang wird ein grundlegendes strukturelles Problem deutlich. Steffen Schödwell et al. analysieren in ihrem Aufsatz „Strukturelle Diskriminierung und Rassismus in der Krankenhausversorgung“ (2022) die Bereitstellung von Dolmetscher:innendiensten in Krankenhäusern. Dabei sehen sie im steigenden Ökonomisierungsdruck einen Grund dafür, dass die Bereitstellung von Dolmetscher:innendiensten in den vergangenen Jahren zunehmend zu einer internen Angelegenheit erklärt wurde (Schödwell et al. 2022: 1310). Wann jeweils ein Dolmetscher:innendienst zur Verfügung gestellt wird, ist den medizinischen Einrichtungen somit selbst überlassen und erweist sich als eine Kostenfrage.

Die Rolle als (Sprach-)Vermittler:innen

Im Umgang mit fehlenden oder unzureichenden Sprachkenntnissen kommt in manchen Fällen meinen Interviewpartner:innen ihre Mehrsprachigkeit zugute, wie sich in den Gesprächen zeigte. So empfinden sie es als Bereicherung in ihrem Arbeitsalltag, mehrsprachig aufgewachsen zu sein beziehungsweise mehrere Sprachen fließend zu sprechen. Gelegentlich ergeben sich Situationen, in welchen meine Interviewpartner:innen als Übersetzer:innen gefragt sind. Meist handelt es sich laut Sascha um kurze Angelegenheiten, da sich deren Kolleg:innen bewusst sind, dass sie deren Kapazitäten nicht für längere Zeit beanspruchen können. Neben den Sprachkenntnissen bringt man auch eine gewisse kulturelle Sensibilität mit, so Maya:

„Und ähm (...) ja genau. Aber ansonsten habe ich persönlich auch/ Ich bin bilingual aufgewachsen. Ich sehe meine Mehrsprachigkeit auch als etwas an, was mir zugutekommt, weil ich das dann gut im Klinikalltag einsetzen kann. Und allgemein auch, dass ich mit unterschiedlichen Kulturen aufgewachsen bin, hilft mir beispielsweise auch ähm (...) vielleicht auf eine bestimmte Art und Weise empathischer sein zu können, ohne jetzt irgendwie behaupten zu wollen, dass man das nicht kann, wenn man jetzt nur einer bestimmten Kultur aufgewachsen ist.“

Diese kulturelle Sensibilität sei nicht ausschließlich durch die Sprachkenntnisse gegeben, sondern könne angeeignet und erlernt werden. Sie kann auch als ein Bewusstsein für diskriminierende (rassistische) Verhaltensweisen gedeutet werden, wie später noch ersichtlich wird. Wie jedoch Maya und andere Interviewpartner:innen damit andeuten, beruhen Missverständnisse in der Kommunikation zwischen dem medizinischen Personal und den Patient:innen nicht allein auf Sprachbarrieren. Teilweise fehlt den Patient:innen Wissen über das deutsche Gesundheitssystem, was jedoch dem medizinischen Personal nicht immer vollkommen bewusst ist. Für Anissa äußert sich dies beispielsweise im Zusammenhang mit dem System Notaufnahme:

„Und auch dieses von wegen (...) ähm der Patient kommt, ist krank und sucht als erstes die Notaufnahme auf. Dann habe ich denen mal erklärt, wie es in unseren Ländern halt einfach ist. Weil da ist das ganz häufig so. Dir geht es gerade richtig schlecht, dann gehst du in die Notaufnahme. Da gibt es Notfallpraxen nicht. Da ist die Notaufnahme deine erste Anlaufstelle. Und diese Denke haben die im Kopf (...). Und natürlich machen die das Gleiche auch in diesem Land. Die brauchen einfach Aufklärung darüber, wie das System hier funktioniert. Nimm dir zwei Minuten, erkläre dem Patienten kurz, was er alternativ bitte machen könnte. Aber die sind eher einfach *abgefickt* und sagen zu ihm, ‚du bist falsch hier, du musst gehen (...). Wir sind eine Notaufnahme, wo Herzinfarkt und Schlaganfälle behandelt werden und keine Erkältung.‘ Aber sie verstehen das halt einfach nicht, weil das ist nicht deren Welt. Die kennen diese Welt gar nicht.“

Sie beschreibt, wie insbesondere beim Notaufnahmesystem unterschiedliche Verständnisse aufeinanderstoßen. In ihrer Argumentation führt sie die Missverständnisse und das mangelnde Wissen der nichtweißen Patient:innen über das deutsche Gesundheitssystem auf eine Unterschiedlichkeit zwischen den jeweiligen ‚Welten‘ zurück. Dabei konstruiert sie eine Dichotomisierung zwischen der ‚eigenen‘ und der ‚anderen‘ Welt, die sie in dem Fall als gegeben sieht und angesichts der wiederholten Abwehrhaltungen weißer Kolleg:innen sogar als unüberwindbar empfindet. Denn worauf Anissa vor allem hinaus möchte, ist die fehlende Bereitschaft des weißen Personals zur Aufklärung der Patient:innen. Statt diesen Alternativen aufzuzeigen, folgt ihrer Erfahrung nach nur ein bloßer Verweis auf die geltenden Regelungen. Mit Birgit Rommelspacher lässt sich die Abwehrreaktion des

weißen Pflegepersonals nicht nur als Unkenntnis, sondern als ein Festhalten an der eigenen privilegierten Position deuten: „Dabei sichern sich die Mehrheitsangehörigen das Privileg, in der Norm zu leben und ihre Normalität als verbindlich für die Anderen zu definieren. Sie leben in einer Welt, die für sie gemacht ist und in der sie sich repräsentiert fühlen“ (Rommelspacher 2009: 32). So zeigt sich für Anissa am Beispiel der Notaufnahme, dass das *weiße* Personal das vertraute System als eine allgemein verbindliche Norm betrachtet und andere Lebensrealitäten weniger berücksichtigt. In der Folge nimmt sich Anissa der Aufgabe an, ihre Kolleg:innen für das Missverständnis zu sensibilisieren und ihnen ihre *weiße* Perspektive diesbezüglich vor Augen zu führen. Nachdem sie nicht bei allen Kolleg:innen auf Verständnis stößt und immer wieder fehlende Empathie bei nicht deutschsprachigen Personen beobachtet, bietet sie ihren Kolleg:innen an, die Fälle zu übernehmen:

„[...] irgendwann habe ich auch echt versucht (...), aber das habe ich allein natürlich nicht geschafft, so diese Patienten selber zu behandeln. Wenn Patienten kamen, die nicht deutsch gesprochen haben, habe ich immer meinen Kolleginnen angeboten, soll ich übernehmen. Weil ich keinen Bock hatte, dass der Patient jetzt so eine angepisste Person/ Weil die waren schon angepisst von wegen so, ‚jo ähm (...) der ist der deutschen Sprache nicht so mächtig‘. Und dann waren die schon so *abgefickt*. Dann war ich so, ‚ey dann lass mich das machen. Vielleicht kann ich sogar die Sprache so‘. Ähm und ich habe das dann auch irgendwann mit meinen Kolleginnen kommuniziert und meinte, ‚ey, wenn ihr jemanden habt, wo ihr denkt, ich könnte eventuell die Sprache, dann sprecht mich an. Ich mach das. So kein Problem. Ich habe wirklich kein Problem. Besser als wenn ihr dann da hingehet und so frustriert mit dem Behandelnden einfach euer Ding macht‘.“

Um den Patient:innen eine möglichst angenehme Behandlung zu geben, versuchte Anissa, Fälle nicht deutschsprachiger Patient:innen zu übernehmen. Sie eignete sich als Umgangs- und Bewältigungsstrategie an, das Verhalten der *weißen* Kolleg:innen zu kompensieren, indem sie sich um die nicht deutschsprachigen Patient:innen kümmerte. Wie sie bereits andeutet, konnte sie dies als einzelne Person nicht allein leisten und es brachte sie an ihre Belastungsgrenze. Auf den Einzelkampf, den meine Interviewpartner:innen teilweise führen, wird im folgenden Kapitel im Zusammenhang mit Praktiken des *Otherring* nochmals ausführlicher eingegangen. Ab einem gewissen Punkt grenzte sich Anissa von dieser Strategie ab, da sie die Vermittlung einer kulturellen Sensibilität¹⁶ im Umgang mit den Patient:innen an ihre Kolleg:innen nicht als ihre Aufgabe sieht und sich die ständige

16 Im Interview mit Anissa und auch mit Maya war überwiegend von einer kulturellen Sensibilität und dem fehlenden Wissen über bestimmte Gesundheitssysteme die Rede. Allerdings lässt sich das fehlende Wissen über Gesundheit(ssysteme) nicht allein auf kulturell wahrgenommene Unterschiede und länderspezifische Regelungen zurückführen. Sascha reflektierte beispielsweise im Interview, dass das Verständnis von Krankheiten ebenso durch den Bildungsgrad seiner Patient:innen bedingt ist. Durch die komple-

Auseinandersetzung damit letztlich auf ihre Arbeit mit Patient:innen auswirkte:

„Bin ich da, um kostenlose Bildungsarbeit zu leisten? Nein. Bin ich nicht. Bin ich da, um mir meine Nerven und meine Energie nehmen zu lassen? Weil das hat dann auch eine Auswirkung auf meine Arbeit. Weil ich dann schlecht gelaunt bin auf der Arbeit und das merkt ja auch mein Patient.“

Um demnach Kapazitäten für die Behandlung der eigenen Patient:innen übrig zu haben, erkannte Anissa, dass sie das Verhalten ihrer Kolleg:innen als Einzelpersonen nicht kompensieren kann.

Die Beispiele meiner Interviewpartner:innen veranschaulichen, dass eine Mehrsprachigkeit im Arbeitsalltag durchaus von Vorteil sein kann und zudem eine gewisse Sensibilität mitbringt. Gleichzeitig sehen Personen wie Anissa darin auch eine große Verantwortung, insbesondere als Vermittler:innen Missverständnisse aufzuklären und das abwehrende Verhalten von Kolleg:innen gegenüber nicht deutschsprachigen Patient:innen zu kompensieren. Der fehlende Bezug zu anderen Lebensrealitäten setzt für die Medizinstudentin schon auf einer höheren Ebene an. Anissa reflektiert im Gespräch, dass eine Klinik letztlich auch nur ein „monetäres System“ und ein „Produkt des Kapitalismus“ sei. Solange den Vorsitzenden und Träger:innen selbst der Bezug zur ‚anderen‘ Welt fehle, werden ihrer Ansicht nach die Bedürfnisse nicht deutschsprachiger Patient:innen nicht ausreichend mitbedacht und dementsprechende finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt. Die Perspektive verdeutlicht, wie wirtschaftliche Interessen in die Entscheidungsstrukturen einer Klinik eingebettet sind und wie dadurch bestimmte Patient:innengruppen systematisch benachteiligt werden können. Solche Mechanismen lassen sich als Ausdruck eines strukturellen Rassismus deuten, von dem für Grada Kilomba die Rede ist, wenn „official structures operate in a way that manifestly privileges their white subjects, putting members of other racialized groups at a visible disadvantage, outside dominant structures“ (Kilomba 2008: 43). Die Beispiele meiner Interviewpartner:innen verdeutlichen, dass zwar nicht in allen, jedoch in vereinzelten medizinischen Bereichen Patient:innen mit Sprachbarrieren einen eingeschränkten Zugang zu Hilfsangeboten erfahren, der ihnen ihre Position außerhalb einer dominanten Struktur vor Augen führt. Statt strukturellen Lösungsansätzen folgen teils individuelle Strategien: Zum einen schlüpfen meine Interviewpartner:innen teilweise in die Rolle der (Sprach-)Vermittler:innen. Zum anderen versuchen manche Patient:innen sich mit Übersetzungsapps im Smartphone oder mithilfe ihrer Kinder als Dolmetscher:innen selbst zu helfen, wie teilweise die Interviewpassagen durchblicken ließen. Eine stärkere strukturelle Berücksichtigung der Bedürfnisse von Patient:innen mit Sprachbarrieren im medizinischen Bereich könnte letztlich

xen Themen in seinem Arbeitsalltag sei er dazu aufgefordert, bestimmte Sachverhalte und Zusammenhänge in einfachen Worten zu umschreiben.

auch dazu beitragen, dass diese nicht als ‚schwierige‘ Patient:innen charakterisiert werden, was zum nächsten Kapitel – den Praktiken des *Otherring* und dem Suchen nach Mustern – überführt.

Das Denken in Schubladen: Praktiken des Otherring im Arbeits- und Studienalltag

Mit der offenen Frage nach dem eigenen Bezug und möglichen Berührungspunkten zum Forschungsthema wollte ich mich im Interview vor allem den individuellen Rassismusverständnissen meiner Interviewpartner:innen annähern. Was verstehen meine Akteur:innen unter Rassismus? In welchen Situationen erleben sie rassistische Diskriminierung (mit)? Und in welchem Kontext treten die damit verbundenen Praktiken auf? In welchem Verhältnis stehen hier individuelles Handeln und der strukturelle Kontext? Diesen Fragen wird sich im Folgenden gewidmet. Sofern dabei die Praktiken des *Otherring* eine zentrale Rolle spielen, wird untersucht, welche Bilder dabei auf meine Interviewpartner:innen projiziert werden. Doch nicht alle meine Interviewpartner:innen berichteten von persönlichen Rassismuserfahrungen in ihrem Berufs- und Studienalltag. Daher führte die offene Frage oft auch dazu, dass über eine mögliche Andersbehandlung von rassistisch markierten Patient:innen gesprochen wurde. Meine Forschungspartner:innen eröffneten mir als sogenannte *insider* des medizinischen Feldes durch ihr Wissen über die Strukturen ihres Arbeitsbereiches eine Perspektive, um den Kontext von *Otherring*-Praktiken ausführlicher zu beleuchten. Mit einer alltagstheoretischen Perspektive wird dabei ebenso nach dem möglichen Transformationspotenzial der Praktiken und nach den dafür notwendigen strukturellen sowie individuellen Voraussetzungen gefragt. Im abschließenden Unterkapitel wird der Frage nachgegangen, wie meine Interviewpartner:innen mit den beschriebenen Rassismuserfahrungen umgehen, inwiefern sie diese offen ansprechen (können) und welche Rolle dabei Meldestellen als strukturelle Unterstützungsangebote spielen.

Individuelle Rassismuswahrnehmungen und -erfahrungen

Wenn es um Rassismus im medizinischen Sektor geht, assoziieren meine Interviewpartner:innen damit – kurz gesagt – eine *Andersbehandlung* und Ungleichheit. Dies offenbart sich auf verschiedenen Ebenen: von Patient:innen gegenüber dem medizinischen Personal, vom medizinischen Personal gegenüber Patient:innen, innerhalb des medizinischen Personals oder von Seiten der lehrenden Personen. Während sich das Reden über miterlebte Rassismuserfahrungen in den Gesprächen meist von selbst ergab, konnten manche meiner Interviewteilnehmer:innen nicht immer eindeutig äußern, ob sie ihre eigenen Erfahrungen als rassistisch einstufen würden. David teilt mit: „[...] also auch Verhalten mir gegenüber. Da ist es manchmal so, dass ich selber nicht sagen kann, okay war das jetzt von der Person rassistisch mir gegenüber (...) oder eher nicht.“ Die Unsicherheit, ob bestimmte Verhaltens-

weisen rassistisch waren oder nicht, macht es schwer, eigene Erfahrungen klar zu benennen. Bestimmte Fragen, wie zum Beispiel die nach der Herkunft, werden David, Sascha und Eli zwar immer wieder gestellt. Doch diese Frage begegnet ihnen zufolge sowohl im beruflichen als auch im privaten Kontext und sie fassen die Frage eher als eine neutrale Neugier und weniger als eine böse Absicht ihres Gegenübers auf. Eli äußert, dass er in Bezug zu der Frage „Training“ habe und reflektiert im Interview: „[...] ich hatte nie so das Gefühl, dass es böse gemeint ist oder vielleicht habe ich es auch ignoriert.“ So zieht er es in Betracht, der Frage aufgrund ihrer Alltäglichkeit keine Bedeutung mehr beigemessen zu haben. Vielmehr spielt für Eli und Sascha ein weiterer Punkt für das Erleben von Rassismus eine Rolle: Dass sie selbst in ihrem Berufsalltag seltener Rassismus in der Begegnung mit Patient:innen erfahren, führen sie unter anderem auf ihre Position als bereits tätige Ärzte zurück. Dass die Patient:innen auf ihre Hilfe als Ärzte angewiesen sind und sich in einem Abhängigkeitsverhältnis befinden, schützt sie ihrer Einschätzung nach bis zu einem gewissen Grad vor rassistischer Diskriminierung. Dilan hingegen macht in ihrer nebenberuflichen Tätigkeit als Pflegehilfskraft andere Erfahrungen:

„[...] hm und so zu Pflegehilfskraft, da muss ich sagen da passiert echt sehr, sehr viel. Ob ich jetzt in ein Zimmer gehe und dann direkt gefragt wird ‚oh sind Sie wirklich Teil des Teams und so, ich habe ja noch nie jemanden wie Sie hier gesehen‘. Obwohl das [Klinikum] ja wirklich sehr bunt ist, ne. Ähm (...) und dann, dass man sich erst einmal vergewissern möchte, draußen fragen möchte, ob ich wirklich das machen darf. Und dass die Patienten auch wirklich so darauf bestehen.“

Als kopftuchtragende Frau wird Dilan muslimisch gelesen und in der Folge oft in ihrem Berufsalltag als ‚anders‘ und ‚fremd‘ im medizinischen Bereich markiert, wie das Bedürfnis der Patient:innen nach einer Vergewisserung ihrer fachlichen Kompetenzen verdeutlicht. Im Gespräch legt Dilan offen, dass sie dieses Misstrauen einerseits durch subtile Verhaltensweisen wahrnimmt: „Es sind die Blicke, die man merkt. Die Kommentare. Die Laute, die manche von sich geben.“ Andererseits erlebt sie auch „schwarz auf weiß Kommentar[e]“, wie Dilan es umschreibt: „[...] ich habe doch eine Schwester gerufen und nicht die Reinigungskraft?“. So ist es insbesondere ihr Status als Medizinstudentin, welcher ihren Erzählungen zufolge Patient:innen, Kolleg:innen oder Lehrende irritiert. Denn den Deutungsmustern der Kommentare nach würde eine muslimisch gelesene Putzkraft weniger befremdlich wirken als eine angehende weibliche muslimische Ärztin. Im Interview merkt Dilan an, dass diese Verhaltensweisen bei ihr den Eindruck erwecken, dass ihr (fortgeschrittener) akademischer Studierendenstatus angezweifelt wird. An den geschilderten Fällen in unserem Gespräch zeichnete sich immer deutlicher ab, dass Dilan mit den Differenzierungspraktiken vor allem Wissen und Kompetenzen abgesprochen beziehungsweise diese infrage gestellt werden. Dies äußert sich einerseits beispielsweise bei der Zuweisung von Aufgaben in ihrer Rolle als Pflegehilfskraft: „[...] ich hatte meh-

rere Dienste, wo wir zwei Studierende waren und die andere Person mehr sehen durfte, mehr mitgenommen wurde. Und ich war dann halt wirklich für die Pflege zuständig.“ Mit dieser Selektion – wer bei bestimmten Fällen mit einbezogen wird und wer nicht – geht eine Klassifikation sowie ein Ausschluss einher, sodass Dilan hier Zugang zu mehr Praxiserfahrung verwehrt blieb. Andererseits erlebt Dilan die Infragestellung ihrer fachlichen Kompetenzen in einer Situation deutlich beim Blutdruckmessen:

„Bei der Patientin mit dem Blutdruckmessen war das auch so, der Arzt war da neben mir und hat gesehen, dass ich das mache. Und ich durfte das immer machen. Und dann war sie so, sie hat angefangen zu schreien ‚ahhh, das ist zu eng und so. Mein Arm‘. Der Arzt daneben, er lacht. Und ich war auch schon so/ ich bin noch relativ professionell. Ich lache nie, auch wenn mir manchmal so Situationen komisch vorkommen. Und dann dachte ich mir so, okay, was soll das jetzt für ein Theater? Der Arzt saß einfach nur daneben und hat lachen müssen, weil das einfach so überspielt war und unnötig. So ‚Doktor, Herr Doktor, Sie macht alles falsch‘. Dann meinte er so, ‚beruhigen Sie sich mal. Die macht das ganz normal. Kann man auch noch enger machen. Seien Sie mal froh, dass sie es nicht so eng macht‘. Dann hat sie mich die ganze Zeit so (...) richtig so mit hochgezogenen Augenbrauen angeguckt und meinte, ‚ja, wann ist das mal fertig?‘ und so. Dann meinte ich so, ‚ja, das Gerät zeigt mir den Wert an, dann kann ich die Manschette gerne ablösen‘. Dann war das eben so. Dann kam der Wert. Dann habe ich die Manschette abgelöst. Und dann war sie nur so, ‚hm, ich weiß ja nicht, ob ich das nochmal in der Praxis hier machen lassen würde, wenn Sie wieder da sind‘. Ich hatte Nichts falsch gemacht.“

Während der betreuende Arzt betont, dass Dilan den Vorgang des Blutdruckmessens völlig normal durchführe, unterstellte die Patientin Dilan unprofessionelles Arbeiten. Indem Dilan mir im Gespräch davon erzählt, macht sie deutlich, dass sie diese Erfahrungen als rassistisches Erlebnis wahrnimmt. Dabei zeigen die von ihr geschilderten Beispiele anschaulich, wie sie durch ihre Markierung als ‚anders‘ zu einer Projektionsfläche für ihr Gegenüber wurde. Als muslimisch gelesene Frau mit Kopftuch wurde ihr ein Bild der ‚rückständigen‘ und ‚unmündigen‘ Frau auferlegt, was eine Selbstständigkeit (in der medizinischen Berufspraxis) sowie eine Selbstverwirklichung (ein erfolgreiches Medizinstudium) ausschließt. In der Situation beim Blutdruckmessen wurde auf sie gar das Bild der ‚bedrohlichen‘ Muslimin projiziert (Attia 2019: 148), welche der Patientin Leid zufügen wolle, was die Versicherung beim Arzt andeutet. Vor dem Hintergrund, dass vor allem das Krankenhaus lange als ein Ort der „Halbgötter in Weiß“ gesehen wurde (Reuter-Herkner 2020), geraten rassistisch markierte Personen wie Dilan in die Situation, sich der Legitimität ihrer Position in dem System behaupten zu müssen. Sie bekommt starre Hierarchieverhältnisse zu spüren und eine Klassifizierung in ‚normale‘ Pflegekräfte und die ‚anderen‘ Pflegekräfte. Darüber hinaus veranschaulicht das Beispiel von Dilan, wie die

Differenzierungspraktiken neben Rassismus ebenfalls mit Geschlechterdiskursen (kopftuchtragende unmündige Frau) oder Klassendiskursen (erwarteter Bildungsgrad) verwoben sind. Die Sozialpädagogin Iman Attia spricht daher auch von einer „Interrelation mit anderen gesellschaftlichen Machtverhältnissen und Diskursen“ (2017: 189), die Rassismen wie dem antimuslimischen Rassismus inhärent sind. Auch Dilan äußert im Interview: „Manchmal ist das auch leider auch so, das geht voll häufig Hand in Hand mit Sexismus.“

Welches Verhalten meine Interviewpartner:innen folglich als rassistisch auffassen und welches nicht, hängt stark von ihrem individuellen Rassismusverständnis ab. Die Frage nach der Herkunft zum Beispiel wird von David oder Eli als reine Neugier interpretiert, während sie für Dilan nicht zur Tagesordnung im Klinikalltag gehört. Zudem zeigt sich, dass Dilan zwischen subtileren Verhaltensweisen wie bestimmten Blicken oder bestimmten Reaktionen und direkten Kommentaren differenziert, welche für sie die rassistischen Denkmuster ihres Gegenübers offenlegen. Unabhängig von der jeweiligen Form führen diese Erfahrungen bei ihr zu dem Eindruck, dass sie nicht als Teil einer ‚Wir-Gruppe‘, sondern als ‚Anders‘ wahrgenommen wird. Die Praktiken des ‚Andersmachens‘ lösen bei ihr ein Gefühl der Herabwürdigung aus. Dilan fragt sich in solchen Situationen:

„[...] wenn ich Rassismus abbekomme, denke ich mir erstmal so, oh, wieso bist du eigentlich so? Wie kannst du dir eigentlich als Mensch das Recht nehmen, dich über etwas anderes zu stellen? Beziehungsweise über jemand anderes, wie mich in diesem Zeitpunkt, in der Konstellation.“

Sie verweist dabei auf den Hierarchisierungsprozess, durch den sie sich in eine untergeordnete Position gedrängt fühlt, während ihr Gegenüber eine eigene Überlegenheit für sich beansprucht. Durch diese erzeugte Hierarchisierung fühlt sie sich letztlich entmenslicht und nicht als Individuum gesehen. Auf die Frage, was sie sich in solchen Fällen wünschen würde, äußert Dilan daher:

„[...] dass man mich sieht. Dass ist halt wirklich so (...) es gibt ja auch so eine Richtung in Deutschland leider Gottes, dass man immer das irgendwie so abtun möchte, ‚oh, die Muslime, die beschweren sich ja über alles. Oh, die klagen so gern. Oh, die wollen ja so im Mittelpunkt stehen‘. Und das macht ja einen voll traurig, wenn es dann mal wirklich eine Situation gibt, wo dir Unrecht getan wird, aber (...) du halt von niemanden gehört oder gesehen wirst. Das (...) also so banal es auch klingt/ das ist einfach so, du wirst nicht gesehen auch nicht (...) irgendwie in deiner Persönlichkeit nicht respektiert.“

Demnach nimmt Dilan im gesellschaftlichen Diskurs gegenüber muslimisch gelesenen Personen eine abweisende und herabwürdigende Haltung wahr, indem deren Bedürfnisse als zu emotional und unangebracht gewertet werden. Diese mangelnde Anerkennung löst in ihr ein Gefühl der Unsichtbar-

keit und Verfremdung aus. Obwohl sie den Umstand als banal charakterisiert, verdeutlicht sie jedoch die wirkungsvolle Dimension auf ihr Gefühl der Teilhabe und Akzeptanz. Im medizinischen Kontext manifestiert sich diese Haltung in Situationen, in denen Dilan sich durch das Absprechen ihrer fachlichen Kompetenzen gezwungen sieht, sich ihrer Position und ihrem Recht auf Teilhabe gegenüber anderen behaupten zu müssen. Die geschilderten Fallbeispiele veranschaulichen, wie ihr Wissen als weniger wert oder als ungültig angezweifelt wird. Die Äußerungen und Reaktionen ihres Gegenübers markieren den medizinischen Bereich als einen Ort, in welchem vornehmlich *weißes* Wissen als gültig und wertvoll erachtet wird. Generell charakterisieren meine Forschungspartner:innen den medizinischen Bereich als einen machtdurchzogenen Raum, in dem aus intersektionaler Perspektive ebenso Faktoren wie Alter, Geschlecht oder (sozialer) Status bei der Anerkennung ärztlicher Kompetenzen eine Rolle spielen. Insbesondere junge, weiblich gelesene und rassistisch markierte Personen sind dem Eindruck des Feldes nach von (Mehrfach-)Diskriminierung betroffen. Bereits tätige Ärzte wie Eli oder David, die wiederum einen höheren Status im medizinischen System haben, vermuten bei sich aufgrund ihres Status einen gewissen Schutz vor rassistischen Äußerungen. Die Analyse verdeutlicht einerseits, dass der medizinische Bereich von tiefen Machtstrukturen durchzogen ist. Gleichzeitig veranschaulichen gerade die Gespräche, in denen meine Interviewpartner:innen angaben, weniger persönliche Rassismuserfahrungen gemacht zu haben, dass dieser nicht immer zwingend auftritt. Auch wenn die inter-personalen Begegnungen rassistische Strukturen aufweisen und je nach Lesart meine Interviewpartner:innen potenziell als rassistisch markierte Personen identifiziert werden können, lässt erst die Praktik des *doing differences* Rassismus emporwachsen und reproduziert nach Philomena Essed die strukturellen Ungleichheiten: „structures of racism do not exist external to agents – they are made by agents – but specific practices are by definition racist only when they activate existing structural racial inequality in the system“ (Essed 1991: 39). Die Soziologen Stefan Hirschauer und Tobias Boll konstatieren ebenfalls, dass Praktiken des *Otherring* auch eine Negation des *doing differences* – dem *undoing differences* – inhärent ist (Hirschauer/Boll 2017: 11–13), was im folgenden Abschnitt ausführlicher aufgegriffen wird.

Das Aufbrechen vertrauter Glaubensmuster

Im Gegensatz zum persönlich erlebten Rassismus, erwiesen sich die Gespräche über miterlebte Diskriminierungen gegenüber rassistisch markierten Patient:innen als zugänglicher. Die geschilderten Situationen können in ihrer Gesamtheit hier nicht alle vorgestellt werden. Stattdessen wird der Fokus auf ausgewählte Fallbeispiele gelegt, um zentrale Muster exemplarisch zu beleuchten. Diese sind nicht repräsentativ für den gesamten medizinischen Bereich. Zumal David beispielsweise im Gespräch betont, dass er in seinem Umfeld wahrgenommen hat, dass das medizinische Perso-

nal trotz möglicher Vorurteile gegenüber rassistisch markierten Menschen seinen Pflichten nachkommt und die Professionalität wahrt.

Im wissenschaftlichen Kontext wird, wie bereits aufgeführt, beim *Othering* eine Differenz zwischen einer ‚Wir‘-Gruppe und den ‚Anderen‘ hergestellt. Die vermeintlichen Unterschiede zwischen den Gruppen werden in der Logik als biologisch festgelegt (Naturalisierung) oder als kulturell bedingt (Kulturalisierung) gedeutet. Diese Zuschreibungen gelten als unveränderlich und werden auf alle Angehörige der jeweiligen Gruppe übertragen (Homogenisierung). Zugleich gelten die vermeintlichen Differenzen als unvereinbar (Polarisierung). Mit dieser Gegenüberstellung geht schließlich eine Bewertung einher (Hierarchisierung), durch die die eigene Gruppe als überlegen erscheint (Çetin 2022: 392; Rommelspacher 2009: 29). Im Feld werden die Praktiken des *Othering* und das Erzeugen von Differenzen im medizinischen Kontext als „medical bias“, das Sehen von „gewisse[n] Muster[n]“ oder „Schubladen-Denken“ umschrieben. Dies äußert sich laut meinen Interviewpartner:innen beispielsweise besonders deutlich im Zusammenhang mit Schmerz bei rassifizierten Menschen. Einige von ihnen verweisen mich im Gespräch kritisch auf den Begriff des „morbus mediterraneus“, welcher sich im medizinischen Jargon etabliert habe. Zwar wird der Terminus eher intern unter dem Personal als gegenüber Patient:innen verwendet. Er spielt jedoch darauf an, dass Personen aus dem mediterranen Raum eine besonders übersteigerte Art der Artikulation oder gar die Simulation von Schmerzen nachgesagt wird (Schenk/Peppler 2020: 29). Im Gegensatz dazu wird russischen Patient:innen ein kaum vorhandenes Schmerzempfinden unterstellt, wie Martin äußert.¹⁷ Bei Schwarzen Patient:innen ist es den Gesprächen nach sowohl die Unterstellung einer übertriebenen Artikulation wie auch die Annahme einer Schmerzresistenz. Hier zeigt sich eine Praktik der Kulturalisierung von Schmerz sowie der Homogenisierung der entsprechenden Gruppen. Es wird davon ausgegangen, dass alle Personen mit dem gedeuteten natio-ethno-kulturellen Hintergrund Schmerz in gleicher Weise empfinden würden. Gleichzeitig wird dadurch ein weißes Normbild von Schmerz konstruiert, anhand dessen die Abweichungen von Schmerzempfinden kategorisiert und hierarchisiert werden. Im medizinischen Kontext kann meinen Interviewpartner:innen zufolge diese veränderte Wahrnehmung von Schmerz bei rassifizierten Patient:innen zu oberflächlichen Blickdiagnosen oder auch zu einer verzögerten Untersuchung führen. Besonders offensichtlich tritt diese unterschiedliche Selbst- und Fremdwahrnehmung von Schmerz meinen Interviewpartner:innen zufolge beim Triage-System in der Notaufnahme zutage. Beim Triage-System handelt es sich um die erste Sichtung von Patient:innen und die Einstufung der Dringlichkeit des Falles. Dabei ist Anissa zufolge das medizinische Personal dazu aufgefordert, ein individuelles und subjektives Empfinden wie Schmerz objektiv auf einer Skala zu beurteilen. Dass diese Validierungspraktiken von rassistischen und stereotypisierten Vorstellungen durchzogen sein können,

17 Interview mit Martin vom 25.2.2024 (Material liegt bei der Autorin).

erläutern mir Maya und Anissa im Interview. So berichtet mir Anissa von einer miterlebten Situation, in welcher die Bauchschmerzen eines Schwarzen Mannes zunächst nicht als dringlich eingestuft wurden und dieser über mehrere Stunden in der Notaufnahme verbrachte, bis er nach einigen Voruntersuchungen schließlich vom entsprechenden Facharzt behandelt wurde:

„Und ähm (...) dann ist halt dieser Chirurg gekommen und hat gesehen, dass Flüssigkeit im Bauch ist. Der muss sofort operiert werden. Der war aber schon (...) dann zu dem Zeitpunkt locker schon dreieinhalb Stunden oder vier Stunden in der Notaufnahme, obwohl der eigentlich innerhalb von einer halben Stunde in den OP gelangt wäre, wenn alles richtig gelaufen wäre.“

Mit der Anmerkung, „wenn alles richtig gelaufen wäre“, deutet Anissa an, dass es ihrem Eindruck nach zu einer verzögerten Behandlung bei dem Schwarzen Mann kam, da dessen Symptomatik zunächst nicht ernst genommen wurde. Dieses Beispiel zeigt, wie die Bewertung von Schmerzen als ‚anders‘ mit einer Hierarchisierungspraktik einhergeht und in der Folge den Zugang zu Ressourcen – wie in dem Fall die ärztliche Behandlung – beeinflusst. Gleichzeitig problematisierte Anissa im Interview in diesem Zusammenhang die strukturellen Gegebenheiten in der Notaufnahme, sodass eine verzögerte Behandlung durch den Personalmangel keine Ausnahme bildet. Zudem seien Fälle in der Notaufnahme nicht immer eindeutig einem Fachbereich zuzuordnen, was eine Untersuchung von unterschiedlichen Fachärzt:innen nach sich ziehen kann. Auch Sascha folgert im Gespräch, dass dieses ‚Denken in Schubladen‘ besonders in den Kontexten auftritt, welche strukturell von Zeitdruck geprägt sind:

„Ich war nie in solchen Stresssituationen, dass ich andere Patienten anhand von solchen Schubladen irgendwo einsortiert habe. Ich hatte zum Glück immer ausreichend Zeit für alle. Aber ich glaube, wenn man in eine Stresssituation gerät, also wenn man Zeitnot hat, dann fängt man an, Menschen einfach auf die äußerlichen Faktoren zu reduzieren. Und da sind einfach die äußerlichen Faktoren, die (...) besonders klar sind. Aber das ist genauso Frau/Mann, übergewichtig/nicht übergewichtig, also sowas.“

Der Logik von Sascha folgend verleite vor allem Zeitdruck zu einer Reduktion der Patient:innen auf ihr äußerliches Erscheinungsbild und einem Denken in Schubladen. Er bringt eine intersektionale Perspektive ein und betont, dass neben der Kategorie ‚Rasse/race‘ Prozesse des *Otherring* auch in der Markierung des ‚anderen‘ Geschlechts oder des ‚anderen‘ Körpers auftreten können. Auch im Bericht von Steffen Schödwell et al. wird ein Zusammenhang zwischen Stresssituationen und Diskriminierungspraktiken hergestellt. Demnach führt „(akuter) Stress zu stark vereinfachtem oder rigidem Denken sowie zu einem gesteigerten Rückgriff auf Automatismen, in diesem Falle Stereotypisierungen und Rassismen“ (Schödwell et al. 2022:

1313). Zugleich schildert Sascha in dem Interviewausschnitt, dass er in seinem Arbeitsalltag weniger mit solchen Stresssituationen konfrontiert ist.

Trotz des geringen Zeitdrucks zeigt sich auch in den Gesprächen mit Sascha und Eli, dass deren Berufsalltag in ihrem Fachbereich nicht frei von stereotypisierten Handlungs- und Deutungsmustern ist. Gerade in den Patient:innengesprächen, in denen es um familiär bedingte Erkrankungen geht, zeigt sich laut Eli öfters ein bestimmtes Stereotyp:

„Ähm (...) natürlich es gibt auch Vorurteile, weil wir arbeiten viel mit Familien, die miteinander verwandt sind. Und natürlich, wenn wir wissen, es kommt eine Familie aus Syrien, Irak oder sowas, wir denken, ah da werden wahrscheinlich Verwandtschaften sein oder (...) / weil es einfach häufiger kommt aus dieser Ecke der Welt. Aber wir sehen das auch bei deutschen Familien. Nicht so oft, aber man sieht das. Also das ist so die schwerste Form, was ich in de[m] [Fachbereich] erlebe.“

Demnach hat sich in dem Fachbereich durch wiederholtes Vorkommen das Vorurteil verfestigt, dass innerfamiliäre Verwandtschaftsverhältnisse mit potenziell negativen genetischen Folgen besonders in Ländern des Nahen Ostens öfters auftreten können. Auch Sascha bestätigt im Gespräch das bestehende Vorurteil, als wir über namensbasierte Diskriminierung sprechen: „Und da gibt es wiederum kulturelle Gruppen, wo das häufiger vorkommt. Also dieses Schubladendenken, wenn man einfach so Familiennamen auf dem Papier sieht, erwartet man schon, dass es mal vorkommen kann.“ So bringt Sascha ein, dass allein aufgrund des Namens und der gedeuteten nation-ethno-kulturellen Herkunft in Erwägung gezogen werden kann, dass ein engeres Verwandtschaftsverhältnis zwischen den Eltern bestehe und ein mögliches Vorkommen von Erbkrankheiten dadurch begünstige. Er verweist auf die Schwierigkeit, das durch das häufigere Vorkommen automatisch auf alle Angehörigen der Bevölkerungsgruppe geschlossen wird. Eli ordnet die Annahme als die „schwerste Form“ von Rassismus im Umgang mit erblich bedingten Krankheiten ein, ohne mir gegenüber im Gespräch die dahinterliegenden Deutungsmuster explizit zu thematisieren. Wenn man nun diesen Implikationen nachgeht, verweist die Annahme einer engeren Verwandtschaft zwischen den Eltern bei rassifizierten Menschen auf mögliche Verbindungen zu tief verwurzelten rassistischen Glaubensmustern. Zum einen mag die Annahme Bezug auf biologische ‚Rassen-Vorstellungen‘ nehmen, indem bestimmte Bevölkerungsgruppen nach genetischen Merkmalen kategorisiert werden. In dem Fall werden besonders Familien aus dem arabischen Raum stigmatisiert, indem ihre Gene als Folge von Verwandtenehen als potenziell ‚belastet‘ angesehen werden. Darüber hinaus knüpft die Annahme an sozialdarwinistische Überzeugungen an, die das Überleben der bestausgebildeten ‚Rasse‘ propagiert (Nguyen/Puhlmann 2023). Für Susan Arndt erwächst aus dieser willkürlichen Grenzziehung die Konstruktion einer „reinerbigen Teilpopulation“ (2005a: 342), indem scheinbar homogene Gruppen nach ihren Genen untergeteilt werden. Dieses Konstrukt einer

‚reinerbigen Rasse‘ ist dem Soziologen Albert Memmi nach nichts mehr als ein ideologischer Mythos. Gleichzeitig räumt er ein: „Though the part played by biology should not be ignored or minimized, humans are as much product of their particular history as they are of ancestral heritage“ (Memmi 2000: 20). Damit unterstreicht er, dass Menschen nicht nur durch ihre genetische Veranlagung, sondern ebenso durch deren soziale wie auch physische Umwelt geprägt werden (Memmi 2000). Auch die Anthropologin Margaret Lock warnt vor einem reduktionistischen Ansatz im Kontext genetischer Untersuchungen und hebt die Bedeutung einer biosozialen Perspektive hervor, „in which genes participate but by no means determine the body in health and illness“ (Lock 2012: 159). Die Auseinandersetzung mit erblich bedingten Krankheiten mag sich damit an einem schmalen Grat der Homogenisierung und Kulturalisierung bewegen, wenn genetische Vorbelastungen pauschal mit allen Angehörigen einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in Verbindung gebracht und diese dadurch stigmatisiert werden. Doch auch Sascha und Eli betonen im Interview, dass sie in diesen Patient:innengesprächen bestimmte Ursachen nicht allein auf die Vorgeschichte der Person wie die genetische Veranlagung reduzieren können, sondern deren individuelle Geschichte und soziale Realität mitdenken müssen. Auf die Frage, wie sie dennoch mit den problematischen Implikationen der Frage nach den Verwandtschaftsverhältnissen umgehen, legen beide dar, dass sie die Frage zu Beginn der Gespräche kontextualisieren. Das bedeutet, sie betonen gegenüber allen Patient:innen – unabhängig, wie sie gelesen werden –, dass die Frage Teil der medizinischen Untersuchung bildet. Eli erläutert:

„Oder wenn ich auch frage, sind Sie miteinander verwandt. Das ist auch eine Frage, wo viele erstmal so denken, so ‚äh, was für eine Frage ist das?‘. Deswegen sage ich, ‚ja bei uns in [dem Fachbereich] ist auch die Familienanamnese sehr wichtig und deswegen müssen wir immer alle unsere Patienten fragen, ob irgendwelche Art von Verwandtschaft besteht‘. Und einfach vorher klar machen, wenn wir etwas fragen, dann weil es wichtig für unsere Arbeit ist und (...) je mehr wir wissen, desto besser können wir auch den Patienten helfen. Das einfach am Anfang zu klären. Und ich glaube, dann entspannen sich auch die Patienten und teilen auch deutlich mehr mit.“

Wie Eli vor Augen führt, hat er mit der Aufklärung über das ärztliche Vorgehen die Erfahrung gemacht, dass die Patient:innen entspannter reagieren würden, statt ihm gegenüber Misstrauen zu hegen. Der Verdacht, als rassistisch markierte Person anders behandelt zu werden, kann dadurch gemildert werden. Die zeitlichen Rahmenbedingungen mögen ihm den Raum geben, durch das Kontextualisieren der Frage Missverständnisse oder negative Interpretationen seitens der Patient:innen zu vermeiden.

Aus den beiden bisherigen Fallbeispielen im Umgang mit Schmerz oder auch der Annahme einer engeren Verwandtschaftslinie in der Familie offenbart sich, wie in den alltäglichen Praktiken der medizinischen Versorgung Vorstellungen von den ‚anderen‘ Patient:innen zutage treten und sich auf

den Umgang mit diesen auswirken können. Vor allem in Arbeitsbereichen, welche von Zeitdruck geprägt sind, werden der Logik des Feldes zufolge Personen oft aufgrund ihres äußeren Erscheinungsbildes oder ihres Namens stigmatisiert. Doch auch in spezialisierten medizinischen Arbeitsfeldern mit geringer zeitlicher Belastung offenbart sich, wie historisch gewachsene Glaubensmuster wie die Kulturalisierung erblich bedingter Krankheiten Teil der medizinischen Praktik sein können. Gerade wenn sich rassistische Handlungs- und Glaubensmuster mit der Zeit fest in alltägliche Praktiken eingeschrieben haben, erscheinen sie als nicht hinterfragbar und normalisiert, wie Philomena Essed betont: „the integration of racism into everyday practices becomes part of the expected, of the unquestionable, and of what is seen as normal by the dominant group“ (Essed 1991: 50). Gerade durch diese Normalisierung erscheint es Anissa umso schwieriger, mit rassistischen Handlungsmustern zu brechen:

„[...] das Problem ist, wenn alle um dich herum so ticken, ist es voll schwierig, sich davon zu distanzieren. Es macht mit dir auf jeden Fall was (...) ähm du übernimmst vielleicht ab und zu manchmal (...) deren Handlungsweisen, weil du ab und zu ja auch in deiner Meinung bestätigt wirst. Aber an sich weiß ich auf jeden Fall (...), dass das nicht richtig ist und versuche eigentlich immer alle Patienten ernst zu nehmen.“

Je mehr stereotype Annahmen und Vorurteile im medizinischen Umfeld reproduziert werden, desto schwieriger sei es für die Medizinstudentin sich von dem Verhalten abzugrenzen und dieses nicht zu übernehmen. Insbesondere dann, wenn das medizinische Personal sich in seinen Vorurteilen bestätigt sieht. Doch sowohl Anissa wie auch David betonen, dass man diese Vorurteile nicht homogenisieren und auf alle Patient:innen mit dem ge-deuteten natio-ethno-kulturellen Hintergrund übertragen kann. Daher versuchen sie, ihrem Gegenüber auf Augenhöhe zu begegnen und ihre Patient:innen als Individuum wahrzunehmen. Denn auch David erkennt bei sich die Tendenz zu diskriminierenden Verhaltensweisen und verweist auf dessen Verankerung im medizinischen System:

„[...] aber wenn man halt lang in diesem System ist und sich selbst nicht reflektiert, dann fängt man selbst an, daran zu glauben auch (lacht) und reproduziert das. Und dann muss ich mich selber bremsen, dass ich nicht in diese Falle reintappe so, ne.“

Beide thematisieren Strategien der Selbstregulierung und der eigenen Reflexion, um diskriminierende Verhaltensweisen nicht zu reproduzieren. Wenn man diese Strategien im strukturellen Rahmen des medizinischen Systems betrachtet, bleibt für Maya durch das auf Effizienz ausgerichtete Arbeiten jedoch wenig Raum und Zeit für Reflexion. Sie führt aus:

„[...] auch wenn ich die Gespräche beispielsweise (...) verfolge zwischen den Mitarbeitenden in der Abteilung, in der ich gearbeitet habe (...), da ist das jetzt kein großes Thema, dass man beispielsweise

regelmäßig reflektieren würde und seine ähm (...) weiß nicht seine Arbeitsweise gegenüber bestimmten Patienten und Patientinnen oder so hinterfragt oder so gar nicht. So wie es halt gemacht wird, wird es weitergemacht und (...) ähm ja es wird versucht, einfach seine Arbeit zu verrichten. Und wenn man sie so verrichtet, wie man sie immer verrichtet, dann war sie halt richtig durchgeführt. Und ob da jetzt ein rassistischer Kommentar dazwischen fiel oder so, das ist dann gar nicht Thema. Weißt du?"

Mit der Umschreibung „so wie es halt gemacht wird, wird es weitergemacht“ deutet Maya an, dass das medizinische Personal feste Routinen zur Bewältigung des hohen Arbeitspensums entwickelt. Das Verrichten der Arbeit läuft so unbewusst und routinisiert ab, dass Maya zufolge bestimmte Verhaltensweisen gar nicht hinterfragt werden. Für Philomena Essed werden vor allem beim Alltagsrassismus „underlying racial and ethnic relations [...] actualized and reinforced through these routine or familiar practices in everyday situations“ (1991: 52). Ihrer Auffassung nach spielen Routinen eine zentrale Rolle in der Auseinandersetzung mit Alltagsrassismus (Essed 1991). Im wissenschaftlichen Diskurs der Praxistheorie wird der Begriff der Routine hingegen kritisch betrachtet. Als eine Theoriebewegung, welche die Wechselwirkung zwischen individuellem Handeln und gesellschaftlichen Strukturen in sozialen Praktiken analysiert, suggeriert der Routinebegriff für Vertreter:innen wie Hilmar Schäfer den Eindruck des Statischen und Unbewussten (Schäfer 2016: 139). Der Soziologe plädiert stattdessen für den Begriff der Wiederholung, welcher nicht nur die „Aktualisierung, sondern auch die Verschiebung einer Praxis“ (Schäfer 2013: 243) einschließt. Auf diese Weise reduziert er Praktiken nicht nur auf ihre routinisierte Reproduktion, sondern schärft auch den Blick für die „schöpferische Kreativität“ (Schäfer 2016: 139), die Subversion und die Transformation von Handlungen (Schäfer 2016). So bieten die Differenzierungspraktiken im Arbeitsalltag zwar den Rückgriff auf vertraute Wahrnehmungsmuster, beinhalten mit dem *undoing differences* jedoch genauso ihre Negation (Hirschauer/Boll 2017). Anissa und David benennen dieses Spannungsverhältnis zwischen der „Wiederaufnahme einer Unterscheidung“ (Hirschauer/Boll 2017: 12) und ihrem Ruhenlassen „in einer Art stand-by-modus“ (Hirschauer/Boll 2017: 12) recht anschaulich. Entgegen der Annahme des Statischen und Unbewussten implizieren die Handlungspraktiken im medizinischen Kontext ebenso die Möglichkeiten der Veränderung und Subversion. Gleichzeitig betonen Theoretiker:innen der Praxistheorie wie Hilmar Schäfer, dass Praktiken nicht allein durch ihre bewusste Intention geleitet werden, sondern auch in einem „Netz aus Relationen“ (2016: 144) eingebettet sind. Das heißt, für eine Transformation der *Othering*-Praktiken hin zu einem *undoing differences* müssen Veränderungen der strukturellen Rahmenbedingungen im medizinischen Sektor mit einem veränderten Bewusstsein für Rassismus einher gehen. Doch dass sich die vertiefte Auseinandersetzung mit Rassismus im medizinischen Bereich nicht immer als einfach erweist, wird im folgenden Abschnitt diskutiert.

Von Kontern bis Verstummen: Rassismuskritik und Widerstände

Im Umgang mit den selbst erlebten oder miterlebten interpersonalen Rassismuserfahrungen haben sich manche Interviewpartner:innen wie Dilan oder Anissa bestimmte Strategien angeeignet. Je nach Situation und Kontext versuchen sie, rassistische Äußerungen oder Verhaltensweisen nicht unkommentiert im Raum stehen zu lassen, sondern offen anzusprechen. Um bestimmte Aussagen zurückzuweisen, nennt Dilan beispielsweise die Strategie des ‚Konterns‘:

„Ähm (...) genau, dann bin ich manchmal so, dass ich mir denke, wie kannst du gut kontern, weil ich kein Mensch bin, der respektlos sein möchte, sondern einfach wirklich sagen, dass das nicht gut ist (...). Also ich bin ja auch am Ende ein Mensch mit Gefühlen, dem das irgendwie weh tut, wenn man sowas hört.“

Es zeigt, dass sich Dilan zwar gegen die Kommentare wehren möchte, ohne dabei respektlos gegenüber der anderen Person zu sein. Aus einer persönlichen Motivation heraus möchte sie ihrem Gegenüber vermitteln, dass die rassistischen Verhaltensweisen verletzend sind. Doch nicht immer sind für Dilan die verletzenden Bemerkungen eindeutig als rassistisch identifizierbar. Dahingehend entwickelt sie eine weitere Strategie:

„Und dann dachte ich mir schon so, okay, das allein reicht mir schon aus, um das komisch zu werten. Und dann meinte ich so, ‚ja was meinen Sie denn?‘ Also ich stelle mich manchmal echt dumm. Damit mir die Leute das so erzählen sollen, wie sie es meinen. Und dann verraten sie auch die Perspektive von sich. Und dann kann man halt wirklich dagegen vorgehen. Und wenn du irgendwie so einen (...) Spruch im Affekt heraus haust, der im Raum steht, da kannst du noch nicht viel machen. Deshalb tue ich immer so einen auf dumm und ähm (...) lass die mal erklären, was so ist.“

In der geschilderten Situation wurde Dilan während einer praktischen Übung mit einer Puppe von dem Dozenten darauf hingewiesen, dass der Kontakt zur behandelnden Person zu ‚kuschelig‘ wäre. Wie Dilan erläutert, stellt sie sich in solchen Situationen ‚dumm‘ und fragt nochmals nach, was die Person damit aussagen möchte. Denn ihrer Argumentation nach hat sie mehr Handlungsmöglichkeiten, sobald ihr Gegenüber seine/ihre Gedanken expliziert, als wenn es nur bei subtilen Anmerkungen bleibt. Auch in der beschriebenen Situation führte auf Nachfrage der Dozent schließlich aus: „Und ähm dann meinte er, ‚ja, das können Sie allein mit ihrem Mann zuhause machen oder ihre Kinder so umarmen [...], das hat hier in der [Medizin] nichts zu suchen. Sie haben hier nichts zu suchen.““ Indem er Dilan damit offen zu verstehen gibt, dass sie seiner Meinung nach nicht Teil der ‚Wir-Gruppe‘ innerhalb des medizinischen Fachbereichs ist und nicht die erwarteten Verhaltensweisen an den Tag legt, kann Dilan gezielter dagegen vorgehen. Zum einen versuchte sie in der Situation selbst, dem Dozenten das verletzende und rassistische Ausmaß seiner Bemerkung vor Augen zu

führen. Zum anderen meldete sie später den Dozenten. Um dagegen jedoch vorgehen zu können, setzt diese Strategie ein Wissen um Rassismus voraus. So erzielt die Strategie des ‚Sich-dumm-Stellens‘ nur Wirkung, wenn Dilan die subtilen Verhaltensweisen und Anmerkungen ihres Gegenübers als rassistisch deuten und lesen kann. Durch Nachfragen gelingt es ihr dann, nach dem Migrationsforscher Mark Terkessidis, „das Implizite bestimmter Vorgänge explizit zu machen“ (2004: 118). Auch Anissa versucht rassistische Verhaltensweisen ihrer Kolleg:innen anzusprechen, ist jedoch oft mit einem fehlenden Verständnis bezüglich Rassismus konfrontiert:

„[...] also ich habe immer versucht, Leute darauf aufmerksam zu machen. Ähm (...) wenn die irgendwas falsch sagen oder so oder falsche Aussagen treffen. Auch wirklich so zu benennen und zu sagen, ‚das, was du gerade gesagt hast, ist rassistisch.‘ Ähm (...) aber da kommst du halt/ also das ist immer eine Sache (...) du kannst dir ja vorstellen, wie jemand reagiert, wenn dem jemand so einen Vorwurf sozusagen macht von wegen ‚deine Aussage war rassistisch.‘ ‚Ich bin kein Rassist‘, sagen die dann immer. Das ist die Antwort oder die Reaktion, die du am meisten bekommst. Ähm und ich sage denn auch immer so, ‚ich will damit gar nicht aussagen, dass du ein Rassist bist, sondern dass deine Aussage rassistisch ist. Daran kannst du nichts ändern, weil faktisch gesehen, hast du etwas gesagt, was rassistisch ist. Und egal, wie du das gemeint hast, am Ende war die Aussage rassistisch.‘“

Die Situation mag sinnbildhaft dafür stehen, was Anissa als Reaktion auf ihre Problematisierung von Rassismus gegenüber ihren Kolleg:innen erlebt. Dabei fasst ihr Gegenüber Rassismuskritik als einen Angriff auf die eigene Persönlichkeit auf. Diesem Argumentationsmuster folgend wäre Rassismus ein kennzeichnendes Wesensmerkmal und eine Person sei entweder Rassist:in oder nicht. Dadurch geraten die alltagsrassistischen Handlungsmuster der Person aus dem Blick, ebenwelche Anissa ansprechen möchte. Die Differenzierungsfähigkeit der Adressierten, dass eine Person nicht als Wesensmerkmal Rassist:in sein muss und trotzdem rassistische Verhaltensweisen reproduzieren kann, fehlt laut der Medizinstudentin. Durch das Ausblenden der Rassifizierungspraktiken wird die Kritik an diesen schließlich hinfällig und stattdessen mit Aussagen wie „Ich bin kein Rassist“ zurückgewiesen. Im Reden über Rassismus knüpft dies für die Historikerin Alexandra Alexopoulou an das Argumentationsmuster an, welches Rassismus als Phänomen aus der Mitte der Gesellschaft auslagern und bei (rechts-)extremen Gruppen verortet. Es verweist ebenfalls auf ein verengtes Rassismusverständnis, welches Rassismus mehr mit körperlichen Gewalttaten als mit alltäglichen Verhaltensweisen und gesellschaftlichen Ordnungsstrukturen assoziiert (Alexopoulou 2023). Seine Alltäglichkeit und Normalität wird ausgeblendet und Rassismus als etwas verstanden, was nur in Ausnahmen auftritt (Terkessidis 2004: 8). Auch Maya thematisiert die einseitige Perspektive auf Rassismus: „[...] wo glaube ich ein bisschen das Vorwissen fehlt oder auch so (...) dass (...) ähm Handling oder das Gefühl dafür, wie man mit so

rassistischen Fällen umgehen kann.“ Sie mutmaßt, dass durch das fehlende Bewusstsein für Rassismus nicht jede Person mit der geäußerten Rassismuskritik umgehen kann und diese von sich weist. Mit dem fehlenden Wissen wird für Susan Arndt letztlich ein *weißes Privileg* in der Auseinandersetzung mit Rassismus aufrechterhalten:

„Es handelt sich nicht einfach nur um ein passives Nicht-Wissen, mit dem Rassismus auf die eine oder andere Weise weggeredet wird. Vielmehr ist das Nicht-Wahrnehmen von Rassismus ein aktiver Prozess des Verleugnens, der durch das weiße Privileg, sich mit Rassismus nicht auseinanderzusetzen zu müssen, gleichermaßen ermöglicht wie abgesichert wird.“ (Arndt 2017: 43)

Neben der Abwehr von Rassismuskritik erlebt Anissa auch die Verurteilung dieser. Ihre Problematisierung von rassistischen Verhaltensweisen wird abschätzig als politische Korrektheit abgestempelt und ihr wird die Rolle „Moralapostel“ zugewiesen: „Mir wird dann ein schlechtes Gewissen gemacht, dass sie neben mir nicht mehr das sagen können, was sie sagen wollen.“ In der Reaktion ihrer Kolleg:innen zeigt sich eine sogenannte „Täter-Opfer-Umkehr“ (Mecheril/Velho 2013: 205), wie sie die Bildungswissenschaftler:innen Paul Mecheril und Astride Velho benennen. So „[gilt] nicht die rassistische Handlung, vielmehr die Benennung von Rassismus [...] als Skandal“ (Mecheril/Velho 2013: 205–206). Es lässt sich als ein symbolischer Diskurskampf begreifen, bei welchem die legitimen Sprecher:innenpositionen sowie die Grenzen des Sagbaren ausgehandelt werden (Mecheril/Rangger 2022). Indem Anissa signalisiert wird, dass ihre Kritik nicht im Rahmen des Sagbaren liegt und unangemessen ist, wird letztlich versucht, die Medizinstudentin zum Schweigen zu bringen – um es mit Spivaks *Silencing* zu formulieren. Verbunden damit macht Anissa die Erfahrung, dass ihre Kritik nicht als rational angesehen wird, sondern als überempfindlich und zu emotional: „[...] ich hatte schon diese Rolle, dieses Bild vermittelt und egal was war, mir wurde dann auch immer so vorgeworfen, warum ich denn so rumheule. Ich hätte ja noch nie schlimme Zeiten erlebt oder sowas.“ Auch Dilan begegnete in der vorher geschilderten Situation mit dem Dozenten die Unterstellung der Überempfindlichkeit:

„Und dann ähm (...) meinte er so, ‚Sie brauchen ja nicht so sensibel zu sein. Das war nicht so gemeint‘. Und dann meinte ich so, ‚doch, Sie haben das ja genauso gemeint. Und ich habe sogar noch nachgefragt, wie Sie das meinen.‘ Und dann meinte er so, ‚ja heutzutage wird ja alles falsch verstanden. Erst recht von euch‘.“

Beiden Medizinstudentinnen wird der Vorwurf gemacht, sie würden mit einer Überempfindlichkeit reagieren. In Dilans Fall versucht der Dozent, die rassistische Aussage mit der Bemerkung, „heutzutage wird ja alles falsch verstanden“, als politische Korrektheit und als eine verfälschte Wahrnehmung abzutun. Ob er mit der Ergänzung, „erst recht von euch“, auf einen generationalen Unterschied verweist oder sich auf ihre natio-ethno-kulturell

gedeutete Zugehörigkeit bezieht, ist nicht eindeutig. Auch bei Anissa wird versucht, das rassistische Verhalten durch Vergleiche mit „schlimmen Zeiten“ – gemeint war hier die Zeit während und nach dem zweiten Weltkrieg – zu verharmlosen. Mit der Banalisierung und Verharmlosung der Rassismuserfahrungen folgt für Maryam Mohseni ein Beanspruchen einer *weißen* Interpretationshoheit: „[...] die Person [wird] häufig als überempfindlich oder als emotional bezeichnet – im Gegensatz zur hegemonialen (weißen) Deutungsmacht, die als objektiv und rational konstruiert wird“ (2020: 399). Die Kämpfe um die Deutungsmacht führen bei Anissa und Dilan letztlich dazu, dass die Bereitschaft, rassistische Verhaltensweisen anzusprechen, nachlässt. Dilan veranschaulicht:

„Also ich bin ja auch am Ende ein Mensch mit Gefühlen, dem das irgendwie weh tut, wenn man sowas hört. Ja und manchmal bin ich so, dass ich das belächle, weil ich irgendwie müde geworden bin von dem ganzen Rassismus. Also wirklich eigentlich jeder Dienst, irgendeine Person, die irgendwas rassistisches sagt.“

Demnach kommentiert Dilan zwar bestimmte Verhaltensweisen, gleichzeitig nimmt sie ein Gefühl der Müdigkeit und der Resignation im Reden über Rassismus bei sich wahr. Beeinflusst wird dieses Gefühl bei Dilan womöglich durch den bereits im letzten Kapitel erwähnten Einzelkampf: „Und als Individuum allein kann auch nicht so viel dagegen tun.“ Anissa stellte sich auch diesem Einzelkampf, bis sie schließlich an die Grenzen ihrer Kapazitäten kommt: „Und wie gesagt, anfangs habe ich versucht, das zu kommunizieren. Aber irgendwann konnte ich auch nicht mehr. Ich konnte wirklich nicht mehr.“ Beide verdeutlichen, wie sie das Ansprechen von Rassismus in vielen Situationen als einen Einzelkampf empfinden, welcher ihnen so viel Energie zieht, dass sie ab einem gewissen Punkt resignieren. Einher geht damit ein Schutzmechanismus, infolgedessen bestimmte Erfahrungen verdrängt werden und diesen weniger Bedeutung beigemessen wird. Anissa führt aus:

„Ich glaube, das war dann irgendwie auch (...) so ein automatischer Schutzmechanismus vom Körper, dass du dann einfach in der Hinsicht dem keine Priorität mehr gegeben hast, sondern eher darauf geachtet hast, dass du dich mit deinen Freundinnen triffst und dir einen schönen Tag oder Abend machst oder so, als sich jetzt immer wieder damit zu beschäftigen, was ist jetzt heute passiert, was ich kritisch und nicht korrekt fand und mir jetzt notiere. Das ist halt so (...)/ also das ist halt immer so die Frage, diesen *effort*, den ich reinpacke (...). Aber was bekomme ich dafür? Weißt du? Also schaffe ich damit überhaupt etwas?“

Durch die empfundene Aussichtslosigkeit setzt ein Umdenken ein, sodass insbesondere nach der Arbeit versucht wird, sich von (mit-)erlebten Rassismuserfahrungen abzugrenzen und diesen weniger Beachtung zu schenken. Mit der Frage, ob Anissa damit überhaupt etwas erreicht, stellt sie ihre Handlungsmöglichkeit im medizinischen Sektor in der antirassistischen Arbeit

infrage. Dass sie ihrem Eindruck nach als Individuum wenig bewirken kann, sondern es um einen kollektiven Zusammenschluss geht, wird im nächsten Kapitel in Bezug auf den Handlungsbedarf nochmals aufgegriffen.

Bisher wurden individuelle Umgangsformen im Reden über Rassismus aufgezeigt, wie sie insbesondere Anissa und Dilan erleben. Nicht nur in den Gesprächen mit den beiden, sondern auch in den anderen Interviews wurde dies in einem übergeordneten Kontext betrachtet. Das heißt, selbst wenn nicht alle Interviewpartner:innen die Erfahrungen von Anissa oder Dilan teilen, wurde in den Gesprächen gemeinsam reflektiert, welche Fehlerkultur im medizinischen Bereich gelebt wird; wie ein Reden über Rassismus in deren Studien- und Arbeitskontext aussehen könnte und durch was dies gefördert oder auch gehemmt wird. Die Gespräche zeigten, je kleiner und persönlicher das Team ist, desto größer schätzten die Interviewpartner:innen die Offenheit im Team ein, über Rassismus reden zu können. So erschwert im Fall von Dilan beispielsweise der ständige Wechsel von Station zu Station und ihre Anonymität als Pflegehilfskraft das Ansprechen von Rassismuserfahrungen. Unabhängig von der Größe des Teams nennen meine Interviewpartner:innen zusätzlich vor allem starre Hierarchieverhältnisse als einen prägenden Faktor dafür, wie über Rassismus bei größeren Institutionen wie einer Klinik gesprochen werden kann. Martin erläutert: „So als Student ist die Hierarchie in der Klinik sehr strikt. Wenn der Chefarzt sagt, da wird nicht darüber gesprochen, ähm (...) dann musst du das halt runterschlucken, was du da zu sagen hast und (...) einfach nur abnicken.“ Auch Maya bestätigt: „[...] und man ist auch wieder in diesem Abhängigkeitsverhältnis, ähm ja (...), dass man sich nicht leisten kann und nicht riskieren darf, diese Diskriminierung anzusprechen“. Vor allem in der Rolle als Student:in sei man den starren Abhängigkeitsverhältnissen ausgesetzt und auf das Wohlwollen der übergeordneten Personen wie Chefarzt:innen oder Assistenzärzt:innen angewiesen, was das Ansprechen rassistischer Verhaltensweisen erschwert. Neben den starren Hierarchieverhältnissen beeinflussen außerdem die zeitlichen Kapazitäten, ob oder wie eine tiefere Auseinandersetzung mit Rassismuserfahrungen möglich ist. Wie Dilan ausführt, bestehen im Klinikalltag durch den Zeitdruck kaum Möglichkeiten, um Erfahrungen zu verarbeiten:

„So, oh du musst ja gerade Leben retten. Es ist wirklich manchmal so, dass du auf einmal jemanden reanimieren musst. Da denkst du eben nicht daran, oh im Zimmer zwei vor zehn Minuten habe ich das und das erlebt. Du (...), also es ist einfach so (...), so traurig es auch klingen mag, (...) es ist einfach so Fließbandarbeit geworden in der Medizin. Es geht einfach weiter. Das Fließband stoppt nicht. Und du musst immer im Fluss bleiben. Da kannst du dich nicht hinstellen und das Fließband stoppen, dass das gesamte System zusammenkracht.“

Die Medizinstudentin spricht hier den zeitlichen Ökonomisierungsdruck im Gesundheitswesen an und vergleicht die Arbeit in der Klinik bildhaft mit einer Fließbandarbeit: Wenn man den Prozess stoppt, kommt das gesamte System zum Erliegen. Indem vom Personal verlangt wird, in dem Sys-

tem zu funktionieren, rücken auch eigene Diskriminierungserfahrungen wie Rassismus vielmehr in den Hintergrund und erscheinen als nachrangiges Problem. Für Dilan vermittelt es den Eindruck: „Man sieht so etwas Großes wie Rassismus als etwas Kleines an. So von wegen in dem Gesamtgeschehen, ne.“ Sie verweist damit auf eine Relativierung von Rassismus, bei der rassistische Erfahrungen aufgrund der hohen Arbeitsauslastung im Klinikalltag nur wenig Beachtung finden und als nebensächlich betrachtet werden. Wie bereits im vorherigen Abschnitt aufgezeigt, bleibt somit durch die hohe Verantwortung und dem Zeitdruck in vielen medizinischen Bereichen wenig Zeit für Reflexion – weder, um eigene Verhaltensweisen zu hinterfragen, noch um eigene Rassismuserfahrungen zu verarbeiten.

Um den strukturellen Hürden und individuellen Herausforderungen im Umgang mit Rassismuserfahrungen zumindest ansatzweise entgegenzuwirken, erwähnten manche Interviewpartner:innen Anlaufstellen wie die zuständige Person für Antirassismuserbeit an einem Universitätsklinikum. Maya konstatiert im Interview, dass seit dem Schaffen der Stelle die gemeldeten Fälle um ein Vielfaches zugenommen haben. Gerade das niedrigschwellige Angebot trage zu einer Sichtbarkeit der Fälle bei: „[...] da hat man einfach klar gesehen, wenn ein Angebot besteht, was niedrigschwellig ist, was irgendwie (...) ähm gut erreichbar ist ähm, dem man auch gut vertraut, wo man sich gut aufgehoben fühlt, dann wird das auch genutzt.“ Auch sie selbst hat Fälle bei der Antirassismus-Beauftragten gemeldet und damit gute Erfahrungen gemacht:

„[...] hatte dann auch (...) ja das Gefühl, dass meine Beschwerde eben angekommen ist und auch gesehen und gehört wurde, was halt total wichtig ist, wenn man in dieser Situation steckt. Es kann auch sehr frustrierend sein, wenn man irgendwie noch die Zeit und Kraft aufwendet, sich zu äußern und den Fall zu melden. Es ist ja jetzt auch nicht leicht, so eine Beschwerde weiterzugeben, wenn man irgendwie gerade auch von dem Vorfall vielleicht (...) ähm ja (...) irgendwie verletzt wurde oder vielleicht auch verunsichert ist, wie man damit umgeht. Aber zu wissen, dass man Unterstützung erfährt (...) gerade auch irgendwie an einem großen Uniklinikum, wo dem allgemein nicht so viel Raum geboten wird, gerade wenn man jetzt zum Beispiel Studentin oder Auszubildende ist und einfach in einer niedrigeren Position steht. Und dass das dann aber genauso (...) gleich (...) aufgenommen und bearbeitet wird wie diese Fälle, als wenn das jetzt irgendwie von einem Chefarzt oder einer Chefarztin oder so kommt (...) und das ist ähm ja irgendwie (...) auch sehr bestärkend. Ist eine wichtige Erfahrung, die man dann da macht.“

Für Maya ist folglich das Melden der Vorfälle eine Form des *Empowerment*, da sie sich in ihren Anliegen gesehen, gehört und bestärkt fühlt. Insbesondere weil das Melden zunächst Überwindung kostet und mit einer eigenen Verunsicherung verbunden ist. Die Erziehungswissenschaftler Paul Mecheril und Matthias Rangger sprechen in diesem Zusammenhang auch vom auf-

kommenden Gefühl der Scham und der Übersensibilität, was folglich zu einem „self-blaming“ (2022: 195) für die erlebte Diskriminierungserfahrung führen kann. Mit der Meldestelle gelingt es jedoch Mayas Eindruck nach, das Gefühl der Unsicherheit in ein Gefühl der Selbstbestärkung umzuwandeln. Zum einen, weil auf die Anliegen reagiert wird und diese nicht relativiert werden. Zum anderen fühlt sie sich ermächtigt, indem unabhängig von der jeweiligen Position im medizinischen System die Beschwerden bearbeitet und ernst genommen werden. Auf diese Weise wirkt die Meldestelle als strukturelles Unterstützungsangebot den starren Hierarchieverhältnissen und den daraus folgenden Hürden im Ansprechen von Diskriminierungserfahrungen entgegen.

Die zuvor beschriebenen Fallbeispiele verdeutlichen, dass das Benennen von Rassismus im Alltag sonst oft als ein Angriff auf die eigene Persönlichkeit aufgefasst, als eine Einschränkung der Meinungsfreiheit verurteilt, als verzerrte Interpretation und Überempfindlichkeit wahrgenommen oder als politische Korrektheit abgetan wird. Das verengte Verständnis von Rassismus und insbesondere das fehlende Bewusstsein für Alltagsrassismus führt dazu, dass die Kritik an diesem zurückgewiesen wird. Das Privileg weißer Personen, sich nicht mit Rassismus auseinandersetzen zu müssen, dennoch aber die Deutungshoheit im Sprechen über Rassismus für sich zu behaupten, trägt zur Aufrechterhaltung ihrer Machtposition bei (Rommelspacher 2009: 32). Im medizinischen Kontext selbst hemmen darüber hinaus in manchen Bereichen die zeitlichen Rahmenbedingungen sowie starre Hierarchieverhältnisse das Ansprechen von Diskriminierungserfahrungen. Nicht in allen Bereichen mag dies der Fall sein. Sascha, Eli und David schätzen zum Beispiel ihr Arbeitsumfeld als relativ diskriminierungssensibel und offen für Kritik ein. Sofern jedoch individuelle Ansätze und Bewältigungsstrategien nicht mehr ausreichen, stehen Betroffenen an größeren medizinischen Institutionen Meldestellen wie die verantwortliche Person für Antirassismusarbeit als strukturelle Unterstützungsangebote zur Verfügung. Als niedrigschwelliges Angebot trägt es zu einer größeren Sichtbarkeit von Rassismus im medizinischen Bereich bei und ermächtigt Betroffene, unabhängig von ihrer Position, aktiv gegen Rassismus vorzugehen.

Das (An-)Erkennen von Wissenslücken: epistemische Ordnungen und Handlungsbedarf

Die in den vorangegangenen Abschnitten analysierten *Otherring*-Praktiken verweisen nicht nur auf individuelle und strukturelle rassistische Deutungs- und Handlungsmuster. Sie legen auch epistemische Wissensordnungen offen, durch die solches Wissen erzeugt, vermittelt und legitimiert wird. Diesen epistemischen Wissensordnungen widmet sich das erste Unterkapitel. Es wird diskutiert, inwiefern bereits in der medizinischen Ausbildung rassistische Narrative und Bilder (re-)produziert werden, wie ein kritischer Umgang mit medizinischem Wissen und Denkmustern aussehen kann und inwieweit sich diesbezüglich bereits Veränderungen abzeichnen. Dabei

wurde in den Gesprächen ein Spannungsverhältnis zwischen dem (An-)Erkennen von sich abzeichnenden Wissenslücken und dem Festhalten an bestehendem Wissen deutlich. Das folgende Unterkapitel leitet daher von Formen der Wissensvermittlung in der Lehre zu Formen der Wissensproduktion in der Forschung über. Es greift auf, wie die Medizin sich einerseits kritisch den Leerstellen in der Forschung und einem einseitigen *weißen* Blick auf bestimmte Krankheitsbilder annehmen kann. Gleichzeitig wurde in den Gesprächen die grundlegende Frage aufgeworfen, wen medizinische Forschungsdaten überhaupt repräsentieren und nach welchen Kategorien die Daten erhoben werden. Vor dem Hintergrund einer sich ständig weiterentwickelnden medizinischen Forschung und eines sich wandelnden gesellschaftlichen Verständnisses von Rassismus wird im letzten Unterkapitel der Frage nachgegangen, wie ein Wissenstransfer und eine Weiterbildung in Bezug zu Rassismus im medizinischen Sektor erfolgen können. Als Ausblick schließt das Unterkapitel mit der Diskussion des von meinen Interviewpartner:innen aufgezeigten Handlungsbedarfs ab.

Rassistische Narrative und Bilder in der Lehre

Stereotypisierte Vorstellungen und Vorurteile gegenüber rassistisch markierten Personen in der Patient:innenbehandlung sind nicht im luftleeren Raum entstanden. Bereits der historische Abriss von Rassismus in den (Natur-)Wissenschaften hat gezeigt, wie dieser über die Jahre gewachsen ist und sich an zeitgenössische Handlungs- und Glaubensmuster adaptiert hat (Nguyen/Puhlmann 2023). Daher war in den Interviews ebenfalls Thema, wie die medizinische Ausbildung gestaltet ist und wie diese dem historischen Erbe des Rassismus in der Medizin gegenübertritt. Zwar wurde meinen Interviewpartner:innen zufolge beispielsweise die medizinische Praxis und Forschung zu Zeiten des Nationalsozialismus in deren Lehrveranstaltungen aufgegriffen. Dennoch begegneten Interviewpartner:innen wie Maya oder Dilan in Vorlesungen Narrative und Abbildungen, welche zeigen, dass nach 1945 kein Bruch mit den rassistischen Überzeugungen stattgefunden hat und ein Differenzdenken im medizinischen Bereich nach wie vor erkennbar ist. Dilan schildert mir ein Beispiel von einer Folie mit der Abbildung einer türkischen Frau mit Kind im Kontext von Ernährung:

„Das ist ein Bild, das kannst du dir so vorstellen. Da ist eine *weiße* Ärztin, die einer Mama mit Kopfbedeckung/ sieht man auch direkt an der Bindeart, türkischer Herkunft/ mit ihrem Kind auf dem Schoß erklären möchte, was gutes Essen ist. Und auch so richtig dumm dargestellt. Also so mit Banane in der Hand. Und dann stehen da so Sachen drauf, wo dir denkst (...) also wie/ so dieses, oh die Menschen, die türkischer (...) Herkunft sind, die ernähren sich falsch. So fettig und kohlenhydrathaltig. Die wissen doch gar nicht, was gutes Essen ist. So in dem Sinne. Also das ist so ein verkehrtes Bild.“

Wie Dilan verdeutlicht, erzeugt die Folie aus der Vorlesung ein stigmatisierendes Bild, indem türkisch gelesene Personen als Paradebeispiel für un- ausgewogene Ernährung aufgeführt werden. Im gleichen Zuge betont Dilan kurz darauf, dass sie mögliche kulturelle Unterschiede in der Ernährungs- weise nicht abstreiten möchte. Allerdings kritisiert sie, dass durch die Ab- bildung einer türkischen Frau mit ihrem Kind auf der Folie bestimmte Ess- gewohnheiten mit kulturellen Gruppen verknüpft werden. Auf diese Weise konstruiert die Folie eine homogenisierende und stereotypisierende Vor- stellung von türkischer Esskultur. Statt diesem stigmatisierenden Bild auf türkische Ernährungsweisen wäre der Medizinstudentin zufolge ein „neutrales Bild“ ohne einen Einbezug natio-ethno-kultureller Zugehörig- keiten angebracht, wie Dilan an späterer Stelle im Interview äußert. Denn letztlich kann die Abbildung zu einer verzerrten Wahrnehmung von türkisch-gelesenen Personen beitragen und sich auf die Durchführung der Diagnostik in der medizinischen Praxis auswirken – also *Othering*-Praktiken im Berufsalltag befördern. Im Interview führt sie weiter aus, dass diese Folie in der Vorlesung angesprochen und gegenüber der lehrenden Person kriti- siert wurde. Allerdings sei ihr im Laufe des Studiums die Folie des Öfteren begegnet, was sie mutmaßen lässt, dass diese Folie trotz Kritik nicht ersetzt oder überarbeitet wurde. Sie schlussfolgert:

„Die haben ihre Foliensätze seit zig Jahren. Und die (...) nehmen sie einfach immer wieder. Ne, du spielst sie einfach immer wieder ab. So wie das mit der Banane und der Konstellation, die auch sehr fragwür- dig war. Hm (2 Sek.) irgendwie kümmert sich niemand darum. Auch wenn man mal so eine Kritik anbringt, sind die Sachen so wieder ge- essen. So neutral.“

Mit der Tendenz zu einer Neutralität deutet Dilan an, dass weitere Dis- kussionen gemieden und teils im Keim erstickt werden. Für Grada Kilomba ist dies ein Verschleiern der eigenen Machtposition: „they are not acknowl- edging the fact that they too write from a specific place, which, of course, is neither neutral nor objective or universal, but dominant. It is a place of power“ (Kilomba 2008: 31). Diese Machtposition wird mit dem Abweisen der Kri- tik aufrechterhalten. Wie wichtig es für meine Interviewpartner:innen je- doch ist, auf solch verzerrte Darstellungen hinzuweisen, thematisiert Maya in einem weiteren Fall. Dabei geht es um eine weitere Abbildung in einem Foliensatz einer Biochemievorlesung zum Thema Hungerstoffwechsel:

„Und dann wurde auf einer Folie eben dieser Hungerstoffwechsel beschrieben und dann beispielhaft irgendwie ein Bild von einem Schwarzen Kind und (...) das Kind war etwas abgemagert. Und dann hat meine Kommilitonin sich dazu geäußert, wieso denn in so einem Bild, in dem es um Hungerstoffwechsel geht, unbedingt ein Schwar- zes abgemagertes Kind abgebildet sein muss. Das dann auch noch so aussieht, als wäre es (...)/ also das ist eben dieser typische kolonialis- tische Blick auf hungernde Menschen in Afrika. Und das fand sie sehr diskriminierend und unangebracht und ich persönlich auch und auch

andere aus meinem Jahrgang, die das auf dem ersten Blick nicht gesehen haben.“

Sie führt weiter aus:

„Das hat mir zum Beispiel gezeigt, dass wenn man aufmerksam ist, fällt das einem auf und dann kann man sich wieder dazu austauschen und den Raum dafür schaffen, dass man dem auf eine Art und Weise begegnet, die dann lehrreich ist. Und wo es auch wichtig ist, dass man darauf aufmerksam macht, weil es ähm (...) ja eben auch einen wichtigen Hintergrund hat, dem man sich bewusst sein muss. Aber es muss eben jemanden geben, der dazu spricht.“

Maya spricht hier an, wie eine Kommilitonin in der Vorlesung auf die kolonialistisch geprägte Perspektive auf Schwarze Personen aufmerksam gemacht hat, die im Foliensatz reproduziert wurde. Dabei verweist sie auf die Relevanz des Wissens, um solche kolonialhistorische Blicktraditionen dechiffrieren zu können. So komme man ihr zufolge dadurch in „den Genuss darüber nachzudenken“. Demnach ist ihr ein Anliegen, ein Bewusstsein für tradierte rassistische Denk- und Glaubensmuster zu schaffen sowie einen Raum für Diskussion in den Lehrveranstaltungen zu bieten. Wie jedoch meine Interviewpartner:innen mir in den Gesprächen eröffnen, ist das Studium der Humanmedizin vielmehr auf die ‚faktenbasierte‘ Vermittlung von Lehrwissen ausgerichtet. Eine Ausnahme bildeten die Wahlpflichtkurse, welche sie im Laufe ihres medizinischen Curriculums belegen konnten. Im Rahmen dieses Wahlpflichtbereichs begegnete meinen Interviewpartner:innen beispielsweise das Thema Rassismus im Gesundheitswesen in Kursen zu interkultureller Kommunikation oder sie befassten sich kritisch mit medizinanthropologischen Fragestellungen. Insbesondere die Medizinstudentinnen unter meinen Interviewpartner:innen sehen daher das Angebot als Bereicherung, plädieren jedoch gleichzeitig für eine feste Integration in die medizinische Grundausbildung. Denn damit wird ein Bereich abgedeckt, der meinen Interviewpartner:innen in der Lehre sonst zu kurz kommt: Er vermittelt ein umfassenderes Verständnis von Gesundheit und für die unterschiedlichen Lebensrealitäten ihrer Patient:innen. Gerade David merkt an, dass eine Sensibilisierung der Medizinstudent:innen für die Vielfalt der Hintergründe und Lebensrealitäten der Patient:innen sie besser auf die Berufspraxis vorbereiten würde. Statt einem vereinfachten und einseitigen Blick auf Gesundheit durch die evidenzbasierte Wissensvermittlung, können durch eine interdisziplinäre Perspektive die sozialen Dimensionen von Gesundheit stärker in die medizinische Ausbildung integriert werden. Das bedeutet auch, dass Raum für eine kritische Auseinandersetzung mit eigenen Vorurteilen oder eurozentristischen Sichtweisen auf den menschlichen Körper geschaffen werden sollte, wie Maya andeutet.

In diesem Zusammenhang gilt es anzuerkennen, dass die naturwissenschaftlichen Disziplinen keine ‚neutralen‘ und ‚objektiven‘ Wissenschaften sind. Die beschriebenen Abbildungen der Folien lassen durchblicken, dass

Rassismus vielmehr in einem „modernisierten Gewand“ (2023: 170) erscheint, wie Nguyen und Puhlmann konstatieren. So werden kulturalisierende Vorstellungen von bestimmten natio-ethno-kulturellen Gruppen mit einem (natur-)wissenschaftlichen Kontext verknüpft. Die dadurch reproduzierten (kolonial-)rassistischen Stereotype fördern wiederum ein Differenzdenken und können sich auf die medizinische Diagnostik auswirken. Um letztlich Rassismus im medizinischen Bereich zu untergraben, muss auch für die außeruniversitäre Gruppe ‚Kritische Medizin München‘ bereits in der universitären Lehre angesetzt werden:

„Die mit der Position als weiße*r Medizin*in einhergehenden Annahmen und Privilegien sowie ihre Auswirkungen auf die medizinische Behandlung zu erkennen und schon im Studium kritisch zu reflektieren, wäre eine Voraussetzung, dem Rassismus im Krankenhaus zu begegnen und ihn vermeiden zu können.“ (Wagner et al. 2020: 6)

Wissenslücken und Leerstellen in der Forschung

Ob überhaupt eine Differenzierung nach natio-ethno-kulturellen Gruppen im medizinischen Bereich sinnvoll ist oder nicht, sind Debatten, welche naturwissenschaftliche Fachbereiche beschäftigt hält (Gómez 2013). Teil der Gespräche bildete die Frage, wann die Kategorie ‚Rasse/race‘ in der Lehre und Forschung angebracht ist und wann diese wiederum bestimmte natio-ethno-kulturelle Gruppen erst als die ‚Anderen‘ konstruiert. Ein grundlegendes Problem medizinischer Forschung ist meinen Interviewpartner:innen zufolge deren einseitige Datenbasis. Die prototypischen Proband:innen medizinischer Studien seien deren Angaben nach meist *weiße* cis-männliche Personen. Aus einer intersektionalen Perspektive decken die Studienergebnisse damit eine geringe Diversität ab, wobei gleichzeitig für alle abweichenden Personengruppen die gleichen Therapieverfahren und Diagnoseinstrumente verwendet werden (Kritische Medizin München 2020: 2). In den Gesprächen wurden Fallbeispiele erörtert, in denen sich die Unterrepräsentativität marginalisierter Gruppen in der Forschung sowie in der Lehre nachteilig auf die Qualität der medizinischen Versorgung auswirken und Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung hervorrufen kann.

Zum einen äußert sich dies im Fachbereich der Dermatologie. Im Laufe des Medizinstudiums sowie in den medizinischen Lehrbüchern werden vorwiegend hellere Hauttypen – demnach nur drei von fünf kategorisierten Hauttypen¹⁸ – besprochen und abgebildet, wie Maya beschreibt:

18 Indem von kategorisierten Hauttypen gesprochen wird, möchte ich betonen, dass die Kategorisierung von ‚Hautfarbe‘ infolge des Kolonialismus als Instrument genutzt wurde, um Machtverhältnisse zu legitimieren. Wie Susan Arndt schreibt; „Wir sehen ‚Hautfarben‘, weil der Rassismus dieses Sehen erfunden und in Wissen verwandelt hat“ (Arndt 2014: 21). Auch wenn es biologisch unterschiedliche Hauttypen gibt, erweist sich für die Literaturwissenschaftlerin eben die Praktik der Kategorisierung als problema-

„In den regulären dermatologischen Vorlesungen beispielsweise ist es so, dass hauptsächlich (...) *weiße* Haut gezeigt wird. Ähm und auch in den Prüfungen (...) so wie die Hauterkrankungen beschrieben sind ähm (...) wir müssen eben auf *weißer* Haut bestimmen. Und selbst wenn die Frage irgendwie darauf abzielt, wie sieht die und die Krankheit aus ähm (...) die dermatologische Krankheit, dann (...) ist die Antwort eben darauf ausgerichtet, wie sie auf *weißer* Haut aussieht.“

Wie Maya in diesem Beispiel schildert, wird hier eine einseitige Ausrichtung auf hellere Hauttypen sichtbar. Dilan wirft ein, dass „schon häufiger darauf eingegangen [wird], dass es bei nicht *weißen* Personen anders aussieht. Aber es war nicht auf einer Folie gezeigt. Es war nie ein Bild oder (...) irgendwie was, was sich einprägen würde“. Beide Medizinstudentinnen bringen damit zum Ausdruck, dass sich aufgrund des fehlenden Bezugs das Wissen über dunklere Hauttypen nicht festigt. Durch die fehlende Repräsentation dunklerer Hauttypen werden diese als von der Norm abweichend markiert, während hellere Hauttypen als universelles und ‚natürliches‘ Normbild in den Lehrbüchern und -veranstaltungen fungieren. Maya wiederum berichtet im Gespräch von einem neueren Seminar zu dem Thema Diversität, welches sich mit dermatologischen Hauterkrankungen nur auf Schwarzer Haut beschäftigt. Wie mir Maya, Anissa und Martin im Gespräch eröffnen, wurde der Perspektivenwechsel und Diskurs vor allem durch das Buch *„Mind the Gap – A Handbook of clinical signs in Black and Brown Skin“* des britischen Schwarzen Medizinstudenten Malone Mukwende (2020) angestoßen, welches ausschließlich dunklere Hauttypen abbildet. In ihrer Einführung schreiben die Herausgeber:innen des Buches: „if medicine does not decolonize it's curriculum and teach student to recognise signs and symptoms on darker skin tones there will be delays in diagnosis or misdiagnosis“ (Mukwende et al. 2020: 2). Dass die standard-dermatologischen Lehrbücher nicht die Realität abbilden und dadurch die eben von Mukwende kritisierten Fehldiagnosen begünstigen können, zeigt sich auch in der Berufspraxis der angehenden Ärzt:innen. So war David in seinem Berufsalltag mit einer Situation konfrontiert, in welchen ihm die bestehende Wissenslücke bewusst wurde:

„Als ich dann einen Schwarzen Mann zum Beispiel vor mir hatte, der eine Hauterscheinung hatte, konnte ich die gar nicht zuordnen. Denn bei einer *weißen* Haut würde ich jetzt erwarten, dass das zum Beispiel/ wenn ich jetzt eine bestimmte Erkrankung an der Haut habe/ dass es zum Beispiel rot wird, wenn die entzündet ist oder so. Und das sah eben bei ihm ganz anders aus. Und da habe ich halt selber gemerkt, okay ich weiß da zu wenig davon.“

Am Beispiel der Behandlung eines Schwarzen Mannes mit Hauterscheinungen beschreibt David den Moment, in dem ihm bewusst wurde, dass sein Wissen zu *weißen* Hauttypen nicht der Diagnostik von dermato-

tisch, da sie eine Variabilität an ‚Hautfarben‘ willkürlich in starre Kategorien unterteilt (Arndt 2014).

logischen Hauterscheinungen auf Schwarzer Haut gerecht wird. Es zeigt, wie die von Dilan und Maya kritisierte fehlende bildliche Abbildungen von Hauterscheinungen bei dunkleren Hauttypen zu einer fehlenden Expertise im beruflichen Alltag der (angehenden) Ärzt:innen führen kann. Dass Dermatologie viel Praxisbezug verlangt, betont David nochmals: „Dermatologie ist viel sehen auch.“

Neben der Wissenslücke zu dunkleren Hauttypen nennen mir meine Interviewpartner:innen weitere medizinische Werte, welche insbesondere bei der Behandlung Schwarzer Patient:innen zu Verzerrungen und Fehldiagnosen führen können. Zum einen handelt es sich um die Messung der Sauerstoffsättigung im Blut mithilfe von Pulsoxymetern bei Schwarzen Personen. Mit Pulsoxymetern wird „die Abschwächung (Absorption) von Lichtstrahlen beim Durchtritt durch das Gewebe“ (Deutsches Ärzteblatt 2022a) gemessen, wobei die Hautpigmentierung und Melanin die Messwerte beeinträchtigen können (Biermann-Medizin 2022). Neuere Studien haben herausgefunden, dass die Pulsoxymeter besonders bei Personen mit dunklerer Haut eine okkulte Hypoxämie (Sauerstoffmangel) nicht immer eindeutig erkennen (Valbuena et al. 2022). Selbst wenn neuere Studien diese Erkenntnisse aufwerfen und zur Diskussion stellen, wird Anissa zufolge das Wissen nicht immer unbedingt anerkannt:

„[...] und dann muss diese Lücke auch anerkannt werden. Weil zum Beispiel bei dieser Pulsoxymetern-Sache haben vor allem nicht-weiße Ärzt:innen versucht, darauf aufmerksam zu machen, aber sie wurden nicht gehört. Die wurden nicht gehört. Also glaubst du, es gab irgendwie eine Reform oder sonstiges, dass die Geräte überarbeitet worden sind. (...) nein (...). Die alten Geräte wurden weiterhin verwendet.“

Der hier umschriebene Prozess des Nicht-zuhören-Wollens und Nicht-anerkennens der Perspektiven nicht weißer Ärzt:innen verweist auf Praktiken des *Silencings*. Infolge der Marginalisierung bleibt eine hegemoniale Wissensordnung letztlich aufrechterhalten und unangetastet (Afeworki Abay 2023). Dieser hegemoniale Diskurs manifestiert sich in technischen Materialitäten wie den Pulsoxymetern selbst, welche Anissa zufolge weiterhin verwendet werden. Sie schlussfolgert:

„[...] nur weil du die Lücke siehst und versuchst sie zu füllen, heißt nicht gleichzeitig, dass sie anerkannt wird oder dass auch die Wichtigkeit von den führenden Leuten gesehen wird. Das ist halt auch so ein krasses Problem. Da wird man häufig so allein gelassen.“

Der Kampf um Anerkennung beschreibt die Medizinstudentin als einen Kampf gegen Windmühlen, sofern der Forschungsbedarf erst von Führungskräften anerkannt werden muss. Neben der Sauerstoffsättigung erwähnen meine Interviewpartner:innen weitere Beispiele wie das EKG oder Blutdruck, bei welchen die Werte bei Schwarzen Personen nicht eindeutig zuordenbar sind und zu Fehldiagnosen und -behandlungen führen können.

So berichten Anissa und David von Erfahrungen, in denen das EKG bei Schwarzen Personen auf einen Herzinfarkt hinweisen könne, jedoch die erwarteten Symptome nicht erkennbar sind.¹⁹ Ebenso habe man bei Schwarzen Patient:innen erhöhte Blutdruckwerte festgestellt, welche laut Anissa nur schwer reguliert werden können. Ihrer Ansicht nach steht dies im Zusammenhang mit einer unzureichenden Forschungslage:

„Wie kann es sein, dass man nicht weiß, warum man zum Beispiel einen Bluthochdruck bei Schwarzen Menschen nicht so gut kontrollieren kann, wie bei *weißen* Menschen. Warum wird denn dazu nicht genügend geforscht? Wieso kann mir der Dozent nicht ne Antwort dazu liefern? Und sich darauf auszuruhen, dass es dazu noch keine Forschung gibt oder dass es dazu keine Literatur gibt, ist halt nicht zufriedenstellend.“

Am Beispiel des Bluthochdrucks verweist Anissa nochmals auf das grundlegende Problem in der medizinischen Forschung, dass die standardisierten Forschungsverfahren wenig die (gesundheitliche) Lebensrealität Schwarzer Menschen berücksichtigt. Dabei sollte sich ihrer Auffassung nach nicht auf dem Argument der fehlenden Forschungslage ausgeruht werden, sondern hinterfragt werden, wie es überhaupt zu einer Forschungslücke kommen kann. Angesichts der Leerstellen in der Forschung müsse jedoch auf der internationalen Ebene differenziert werden, wie Dilan ebenfalls betont. Mit Blick auf die Vereinigten Staaten setzten sich Studien beispielsweise mit dem Thema Bluthochdruck bei Schwarzen Personen auseinander. Auf der einen Seite wurde in den Studien versucht, Bluthochdruck mit der Anatomie nicht *weißer* Personen zu erklären und genetisch zu belegen (Gómez 2013). Eine ethnografische Studie der Anthropolog:innen Clarence Gravlee, William Dressler und Russell Bernard in Puerto Rico (2005) zeigte jedoch, dass bei der Untersuchung der Ursachen von Blutdruck der Fokus auf die genetischen und biologischen Dimensionen von ‚Hautfarbe‘ zu kurz greift. Stattdessen erfordert es, sich der Auswirkungen von ‚Hautfarbe‘ als soziales Konstrukt und den daraus folgenden gesellschaftlichen Ungleichheiten anzunehmen. Demnach wurde vor allem bei denjenigen Personen ein erhöhter Blutdruck festgestellt, welche sich selbst als Schwarz identifizieren und besonders von sozialer Ungleichheit und Diskriminierung betroffen sind. Sie schreiben: „our finding that blood pressure is associated with culturally ascribed *color* – but not with skin pigmentation – does not exclude a genetic basis to population differences in blood pressure. Yet it does cast doubt genetic explanations for the relationship between skin color and blood pressure“ (Gravlee et al. 2005: 2196).

19 Das Fallbeispiel wurde hier aufgeführt, da es Teil der Argumentationsstruktur meiner Interviewpartner:innen bildete. Aufgrund der umfangreicheren Studienlage wurde sich für eine tiefere Diskussion für das Beispiel von Bluthochdruck bei Schwarzen Personen entschieden. Für eine umfassendere Bewertung der EKG-Werte bei Schwarzen Personen müsste eine weitere Recherche und vertiefte Gespräche mit Fachleuten erfolgen.

In diesem Abschnitt wurde insbesondere auf Schwarze Personen als vulnerable Gruppe in der medizinischen Forschung und Lehre eingegangen. Aus kolonialhistorischer Perspektive waren es gerade Schwarze Körper, welche zur Projektionsfläche europäischer Imaginationen wurden und das ‚Minderwertige‘, das ‚Primitive‘, das ‚Bestialische‘, das ‚(Sexual-)Triebhafte‘ oder einfach das ‚Abnormale‘ symbolisierten (Nnaemeka 2005). Um nun zu der Frage zurückzukommen, ob die Verwendung einer ‚Rasse/race‘-Kategorie in der medizinischen Forschung sinnvoll sei, erweist sich dies als ambivalent. Einerseits zeigte sich am Beispiel der Dermatologie eine gewisse „colour-blindness“ – wie die Schwarze afroamerikanische Schriftstellerin Toni Morrison (zitiert nach Arndt 2014: 32) es charakterisiert. In den gängigen Lehrveranstaltungen und -büchern wurde lange eine Diversität in den kategorisierten Hauttypen ausgeblendet, obwohl es nennenswerte Unterschiede in den Krankheitsbildern gibt. Mit der Ausblendung von dunkleren Hauttypen in der Lehre ging gleichzeitig eine Reproduktion eines *weißen* Hauttyps als Norm einher. An dieser Stelle wäre eine umfassendere Abbildung aller kategorisierten Hauttypen in der Lehre sinnvoll, um das Wissen zu festigen und Fehldiagnosen beziehungsweise fehlende Expertise in der beruflichen Praxis zu vermeiden. Auch das Beispiel der Messung der Sauerstoffsättigung mit Pulsoxymetern veranschaulicht, wie sich eine *weiße* Norm durch eine einseitige Datenlage in technischen Gegenständen materialisiert. Die technischen Geräte sind dabei weniger auf die Bedürfnisse derjenigen Patient:innen zugeschnitten, welche von der *weißen* Norm abweichen. Der Afrozensus kritisiert: „ausgehend von einem weiß, cismännlichen europäischen Standard der medizinischen Forschung werden entsprechende Diagnoseinstrumente und Behandlungen entwickelt, aber auch an Schwarzen, afrikanischen und afrodiasporischen Menschen angewendet“ (Aikins et al. 2021: 144). Für die Überwindung der Leerstellen in der Forschung bedarf es diversere Forschungsdaten – auch in Bezug auf Klasse oder Geschlecht – sowie eine Institutionalisierung dieses Wissens, wie meine Forschungspartner:innen bestätigten. Allerdings macht Anissa in diesem Zusammenhang deutlich, dass eine Voraussetzung dafür das Anerkennen eines Forschungsbedarfs sowie das Aufbrechen der epistemischen Wissensordnung sei. So verweist sie auf eine Hierarchisierung von Wissen in der medizinischen Forschung, welches vornehmlich *weißes* Wissen als gültig und nicht*weiße* Perspektiven wiederum als ungültig klassifiziert und zum Verstummen bringt. Andererseits ist die Forschung zu Gesundheitsunterschieden im Zusammenhang mit ‚Rasse/race‘²⁰ mit Vorsicht zu genießen.

20 Neben dem deutschen Begriff ‚Rasse‘ wurde hier ebenfalls der englische Begriff ‚race‘ aufgenommen, da vor allem letzterer in der internationalen Gesundheitsforschung als Analysekategorie verwendet wird (Hamed et al. 2022: 13). Die beiden Begriffe sind jedoch semantisch nicht gleichzusetzen: Während ‚race‘ infolge seiner kontinuierlichen Infragestellung seit dem 19. Jahrhundert und Bürgerrechtsbewegungen im 20. Jahrhundert inzwischen überwiegend als soziale Kategorie verstanden wird, trägt der deutsche Begriff ‚Rasse‘ nach wie vor biologische Konnotationen (Bellu et al. 2023: 57). Die Verwendung von ‚Rasse‘ dient daher als kritische Markierung, die auf die Gefahr einer un-

Das Beispiel der Erforschung von Bluthochdruck bei Schwarzen Personen zeigt die Gefahr auf, das biologistische Verständnis von ‚Rasse/race‘ wieder salonfähig zu machen und Krankheiten allein auf genetische Grundlagen zu reduzieren. Dass gesundheitliche Probleme wie Bluthochdruck nicht Ausdruck genetischer Unterschiede sein müssen, sondern mitunter durch die sozialen Bedingungen der Patient:innen (z. B. sozioökonomischer Status, physische Umwelt, erhöhte Stresslevel durch strukturelle Benachteiligung und Diskriminierungserfahrungen) hervorgerufen werden können, wird dadurch weniger berücksichtigt (Gravlee et al. 2005). Ein tieferes Verständnis für die sozialen Dimensionen von Rassismus würde ermöglichen, die Auswirkungen von Diskriminierungserfahrungen und struktureller Ungleichheit auf die Gesundheit der Betroffenen besser erfassen und nachvollziehen zu können (Gómez 2013: 17–18). Aus der Perspektive des *racial turns* in den Kultur- und Sozialwissenschaften würde dies für die Gesundheitsforschung bedeuten, stärker das soziale Konstrukt *Rasse* als das biologische Konstrukt ‚Rasse‘ mitzudenken (Arndt 2014: 31). Anne Fausto-Sterling diskutiert in diesem Zusammenhang gar die Frage, ob nicht eher die Kategorie Rassismus anstatt ‚Rasse/race‘ in der Gesundheitsforschung etabliert werden sollte (Fausto-Sterling 2009: 116).²¹

Wissensaneignung und Zukunftsperspektiven für Praxis und Lehre

Wenn Themen wie Rassismus im Gesundheitsweisen, in der Patient:innen-Ärzt:innen-Beziehung oder in medizinischen Wissenssystemen selbst weniger Teil der Lehre bilden und in den gängigen Lehrbüchern kaum eine Diversität abgebildet ist, wie konnten mir meine Interviewpartner:innen trotzdem von der Behandlung dermatologischer Hauterscheinungen auf dunkler Haut oder von verzerrten Angaben bei der Messung der Sauerstoffsättigung bei Schwarzen Personen berichten? Und woher kommt auch das eigene Verständnis meiner Interviewpartner:innen für rassistische Haltungen und Praktiken im medizinischen Bereich? Diesen Fragen möchte der letzte Abschnitt dieses Kapitels nachgehen und dabei Möglichkeiten wie auch Herausforderungen der Wissensaneignung und des Wissenstransfers diskutieren sowie mit dem aufgezeigten Handlungsbedarf meiner Interviewpartner:innen abschließen.

reflektierten biologistischen Interpretation in der Gesundheitsforschung aufmerksam macht und zugleich auf den spezifischen historischen Kontext des Begriffs im deutschsprachigen Raum verweist.

- 21 Eine Vielzahl an Studien hat sich bereits aus unterschiedlichen disziplinären Perspektiven mit dem Zusammenhang von Rassismus und Gesundheit in verschiedenen gesellschaftlichen Kontexten befasst: etwa im Hinblick auf Migration (Wanner 2018), strukturelle Diskriminierung innerhalb des Gesundheitssystem (Krieger 2014) oder die Auswirkungen von Rassismuserfahrungen auf das psychische und körperliche Wohlbefinden (Khoury 2022). Dies ist nur ein Teil einer inzwischen vielschichtigen, aber noch ausbaufähigen Studienlage.

In den Gesprächen zeichnete sich ab, dass meine Interviewpartner:innen ihr Wissen über rassistische Strukturen in Forschung und Lehre zum einen über die Berufspraxis erlangten. Am Beispiel der Herzrhythmus-Störungen bei Schwarzen Personen, welche zunächst den Verdacht auf einen Herzinfarkt aufwerfen würden, schildert David:

„Da habe ich aber dann selber mir das nochmal angeguckt, weil ich dann in der Mittagspause ein bisschen Zeit hatte. Weil ich das irgendwo mal gehört hatte. Und dann bin ich halt auf irgendeine Studie gekommen, die das mal gezeigt hatte. Aber in den Lehrbüchern hier stand das nirgendwo drin halt. Ja und dann habe ich das selber recherchiert und geguckt, weil ich einfach wissen wollte, gibt es da jetzt Unterschiede oder nicht. Also gar nicht wegen seiner (...) ähm seiner Hautfarbe, sondern ich habe einfach nach Grenzwerten geguckt und dann bin ich irgendwie durch Zufall darauf gestoßen.“

Über eine eigene Recherche stieß er folglich auf eine Studie, welche ihm Auskunft über mögliche Grenzwerte beim EKG geben konnte und dies im Zusammenhang mit Schwarzen Personen thematisiert. Denn, wie er selbst betont, erlangte er über Lehrbücher keinen Zugang zu dem Wissen. Gewiss mag eine individuelle Weiterbildung zur ärztlichen Verantwortung gehören, um Patient:innen nach aktuellen Wissensstandards die bestmögliche Versorgung zu bieten. Allerdings veranschaulicht das Beispiel von David, dass es dafür zum einen die zeitlichen Kapazitäten im Arbeitsalltag braucht. Zum anderen ist es notwendig, Zugang zu dem entsprechenden Wissen zu haben und die Studien sichtbar zu machen. In diesem Zusammenhang äußert David im Gespräch den Ansatz, dass Fachzeitschriften oder Plattformen bundesweiter Institutionen wie die Deutsche Ärztekammer als Kommunikationskanäle genutzt werden können, um vermehrt über rassistische Strukturen und Praktiken im medizinischen Bereich aufzuklären oder die Reichweite inklusiverer Studiendaten auszubauen. In den vergangenen Jahren ließ sich diesbezüglich eine Zunahme an Veröffentlichungen konstatieren, wie David betont und zum Beispiel die Ausgabe „Rassismus im Gesundheitswesen: Kein Einzelfall“ (2022b) des Deutschen Ärzteblattes veranschaulicht.

Einen anderen Weg nutzt Maya, indem sie gemeinsam mit anderen Kommiliton:innen eine studentische Gruppe gründete, welche sich intersektional mit Diskriminierungsformen und sozialer Ungleichheit im medizinischen Bereich auseinandersetzt. Einerseits versucht diese studentische Gruppe sich institutionell zu vernetzen und forderte gleich zu Beginn ihrer Gründung in einem Schreiben gegenüber der Fakultätsleitung ein Vorgehen gegen diskriminierende Verhaltensweisen im medizinischen Bereich. Andererseits organisieren die Mitglieder der studentischen Gruppe in regelmäßigen Abständen Veranstaltungen zu spezifischen Themen, um für Interessierte innerhalb und außerhalb des Faches einen Raum des Austausches, der Reflexion und des gemeinsamen Lernens zu schaffen. Auch wenn die Planung der Veranstaltungen und die interne Organisation mit einem Aufwand verbunden ist, nimmt Maya dies für den gemeinsamen Austausch in

Kauf: „[...] ich [bin] immer mit sehr sehr vielen neuen Gedanken und Input und Eindrücken da rausgegangen. Und allein das war es immer halt schon total wert, dass ähm (...) wir die ganze Zeit und Mühe reingesteckt haben, uns zu organisieren.“ Die Erfahrungen, die sie aus der studentischen Gruppe und deren Veranstaltungen mitnimmt, wertet Maya folgendermaßen: „[...] sehr empowernd und bestärkend und (...) ähm ja ich mache das wirklich gerne. Auch die Leute, mit denen ich das zusammen mache, die haben alle Bock drauf.“ Gerade durch den gemeinsamen Austausch, den Wissenstransfer und die gemeinsame Unterstützung wertet Maya es als eine Form des *Empowerments*. Zum einen bemächtigen und sensibilisieren sich die Teilnehmer:innen selbst mit Wissen für Rassismus und diskriminierende Strukturen im Gesundheitswesen. Zum anderen vermag die Vernetzung in der Gruppe als *Empowerment* aufgefasst werden, da der Austausch ein Gefühl der Selbstbestärkung vermittelt. Zumal die Thematisierung von Rassismus oft mit einer Tabuisierung und Abwehrreaktion einhergeht, wie im vorherigen Kapitel spürbar wurde. In Anlehnung an Grada Kilomba erinnert der geschaffene Raum der studentischen Gruppe an eine Art *margin* (Kilomba 2008: 37) – ein Ort, an dem alternative Diskurse und marginalisierten Perspektiven im medizinischen Bereich verhandelt sowie Impulse für Veränderungen gesetzt werden. Denn letztlich ist der Zusammenschluss in der studentischen Gruppe auch eine Ermächtigung, indem sich die Gruppe auf studentischer Ebene organisiert und mit Forderungen ihre Interessen und Stimmen auf institutioneller Ebene einbringt – sei es durch die Forderungen gegenüber der Leitung der Fakultät oder durch die Vernetzung mit Expert:innen. So berichtet Maya von der ersten Veranstaltung der Gruppe, zu der sie die interne Person der klinischen Einrichtung für Rassismusthemen für einen Vortrag eingeladen haben:

„[...] unsere erste Veranstaltung war ein Vortrag von eben dieser Antirassismus-Beauftragten von [***]. Da haben wir [der Antirassismus-Beauftragten] den Raum gegeben, einen Vortrag zu halten und dann im Anschluss im Plenum uns auszutauschen zum Thema Rassismus in der Medizin. Und ähm (...) das war auch eine sehr gut besuchte Veranstaltung, an die wir auch gerne zurückdenken (lächelt), weil das ein sehr schöner Raum war, in dem man darüber sprechen konnte.“

Demnach wird das Angebot der studentischen Gruppe gerne genutzt sowie als ein sicherer Raum für Austausch wahrgenommen. Doch der Bereitschaft für eine (eigene) antirassistische Auseinandersetzung sind zeitliche Grenzen gesetzt, wie die Medizinstudentin ebenfalls betont. Zum Zeitpunkt des Interviews befindet sich Maya in einem Forschungssemester, sodass weitere Aktivitäten wie die in der studentischen Gruppe in ihrem Alltag zunehmend in den Hintergrund treten. Im Interview reflektiert sie den Unterschied zu ihren ersten Semestern als Medizinstudentin: „[...] also ich habe nicht gemerkt, dass es so ein studentisches Privileg fast schon ist, sich damit auseinandersetzen zu dürfen.“ Aus retrospektiver Sichtweise wertet Maya die Möglichkeit, sich im Studium im Rahmen von Seminaren oder Work-

shops kritisch mit verschiedenen Formen von Diskriminierung im Gesundheitswesen auseinanderzusetzen, als Privileg. Die zunehmende Arbeitsexpertise im Klinikalltag im Laufe ihres Forschungssemesters hingegen hat ihr nun deutlich gemacht, dass diese zeitlichen Ressourcen nicht selbstverständlich sind. Vor diesem Hintergrund hebt Maya im Interview hervor, dass sie dem medizinischen Personal, welches beispielsweise nicht über rassistisch-kritisches Wissen verfügt, nicht unterstellen möchte, sie würden dies „aus einer gewissen Faulheit“ machen. Abgesehen von der individuellen Bereitschaft komme es vielmehr auf das entsprechende Angebot und die strukturellen Rahmenbedingungen an, wie Maya betont: „Wenn man ihnen eben nicht die Zeit oder den Raum dafür gibt, sich damit auseinanderzusetzen, dann geht das halt nicht.“

Wie lässt sich in der ärztlichen Berufspraxis dennoch Raum und Zeit für einen antirassistischen Wissenstransfer und einen kontinuierlichen Weiterbildungsprozess schaffen? In diesem Zusammenhang kam ich in den Interviews mit meinen Gesprächspartner:innen auf Fortbildungsangebote zu sprechen. Als ein Mittel der Weiterbildung und Aufklärung über Rassismus im Gesundheitsbereich kann dies zu einer Sensibilisierung des Themas unter dem medizinischen Personal beitragen (Schödwell et al. 2022). Erste Anreize erfolgten beispielsweise an dem Universitätsklinikum bereits durch die verantwortliche Person für Antirassismusbearbeitung. Die Schaffung und explizite Benennung einer entsprechenden Stelle sehen einige meiner Interviewpartner:innen als wichtiges Zeichen in der Auseinandersetzung mit Rassismus in medizinischen Einrichtungen. Im Interview berichtet Maya mir von einem weiteren Vortrag in einer medizinischen Fachabteilung zu Rassismus im Gesundheitswesen, welche von der Antirassismus-Beauftragten angeregt wurde. Die Tatsache, dass die medizinische Fachabteilung mit dieser Veranstaltung eine Sichtbarkeit für das Thema schaffen möchte, löste bei Maya ein verändertes Denken über Fortbildungsangebote aus. Obwohl sie anfänglich den Effekt infragestellte, bewertet sie inzwischen Fortbildungen als wirksam und gewinnbringend:

„Weil eben allein dieses, dass man sich regelmäßig mit einem Thema auseinandersetzt oder auch dazu (...) vielleicht gezwungen wird, sich damit auseinanderzusetzen, bringt einen dazu (...) ja einfach das im Kopf zu haben und darauf aufmerksam gemacht zu werden und fördert einfach das Bewusstsein dafür. Und ich merke das selber auch, wenn ich mit einer Person in Kontakt bin, die von (...) ähm ja einer bestimmten Diskriminierungsform besonders betroffen sind, dass ich dann einfach aufmerksamer bin im Klinikalltag danach oder allgemein in meinem Alltag. Weil das ist für mich dann wieder so präsent und ich verknüpfe das direkt mit dieser Situation, die ich davor erlebte und davon gehört habe ähm (...) in diesem Austausch über dieses Thema.“

Die Medizinstudentin zeigt auf, dass Fortbildungen das Potenzial bieten, durch eine regelmäßige Auseinandersetzung das Bewusstsein für Rassis-

mus zu stärken. Eben durch diese regelmäßige Auseinandersetzung wird schließlich das Wissen in Praktiken des Alltags eingebunden, wie sie bei sich selbst beobachtet. Das bedeutet, genauso wie sich rassistische Deutungs- und Handlungsmuster durch ihre stetige Wiederholung im Alltag gefestigt haben, können antirassistisches Wissen und eine (selbst-)kritische Haltung durch eine kontinuierliche Ausbildung verinnerlicht werden. Daran anlehnend vertritt Anissa die Meinung, dass einmalige Fortbildungsangebote wenig Wirkung zeigen und Wissen erst durch eine regelmäßige Auseinandersetzung internalisiert werden könne. Nach Stefan Hirschauer und Tobias Boll ist es gewissermaßen das Lernen von *doing differences* zum *undoing differences* – dem Unterlaufen statt dem Aufrechterhalten rassistischer Machtstrukturen durch Differenzierungspraktiken (Hirschauer/Boll 2017). Ob die Fortbildungsangebote verpflichtend gestaltet werden sollten, dazu zeigen sich unter meinen Interviewpartner:innen gegensätzliche Haltungen. Einerseits sieht David die Verpflichtung für Fortbildungen (im ambulanten Bereich) zu Rassismus als kritisch, da eine verpflichtende Weiterbildung vielmehr als lästige Aufgabe wahrgenommen werde, die ohne wirkliches Interesse abgeleistet wird. Andererseits spricht sich Anissa wiederum für ein verpflichtendes Fortbildungsangebot aus mit der Begründung, dass es auf diese Weise auch die Personen erreiche, welche sich sonst nicht freiwillig des Themas annehmen würden. Gleichwohl meine Interviewpartner:innen unterschiedliche Ansatzpunkte verfolgen, verweist es auf die grundlegende Notwendigkeit, die individuelle Bereitschaft für eine antirassistische Weiterbildung unter dem medizinischen Personal zu fördern. Dabei bedarf es vor allem die *weiße* Verweigerungsthese im Reden über Rassismus zu überwinden (Arndt 2005a).

Verbunden damit teilen vor allem Anissa und Dilan im Interview den Eindruck, dass ein Bewusstsein und Interesse für Rassismus bisher überwiegend in sogenannten *bubbles* erkennbar sei. Dilan führt aus: „Ob du jetzt *open-minded* bist, dich weiter fortbilden möchtest und dir denkst, oh ich muss das jetzt wirklich mal angehen oder ob du betroffen bist und dir denkst, ohja, es kann ja nicht so weiter gehen, ich muss mal was tun. Die *bubble* bleibt gleich.“ Im wissenschaftlichen Diskurs wird der Begriff der *bubble* vor allem im Zusammenhang von medialen Räumen verhandelt und versteht darunter vor allem segregierte Räume, in denen Personen Überzeugungen und Ansichten teilen und eigene Teilöffentlichkeiten bilden (Kopf 2021: 25–27). Eben dieses Teilen von Überzeugungen und Ansichten empfindet Anissa einerseits als Bestärkung. So nimmt sie die Zusammenarbeit mit Initiativen beispielsweise im Rahmen der Wahlpflichtkurse als ein „Auffangbecken“ wahr. Gleichzeitig heben Anissa und Dilan im Interviewausschnitt hervor, dass die eingeschränkte Reichweite und soziale Abgrenzung von *bubbles* ein wesentliches Problem darstellen, wenn es darum geht, rassistische Strukturen gesamtgesellschaftlich sichtbarer zu machen und ein Bewusstsein (für das eigene *Weißsein*) zu schärfen.

In den skizzierten Ansätzen wird deutlich, dass sowohl Wege der eigenen Wissensaneignung – sei es in Pausen oder im Rahmen von studentischen Gruppen – als Möglichkeiten der Weiterbildung und Sensibilisierung genutzt werden. Insbesondere das Schaffen von Räumen des Austausches und des Wissenstransfers empfinden Interviewpartner:innen wie Maya oder Anissa als Formen des *Empowerment*. Um die Reichweite des Wissenstransfers zu erweitern, diskutierten die (angehenden) Ärzt:innen in den Gesprächen genauso Möglichkeiten an Fortbildungsangeboten zu Rassismus im medizinischen Bereich. Mit regelmäßigen Fortbildungen, welche strukturell verankert und finanziell gefördert werden, könnte antirassistisches Wissen verinnerlicht werden. Dabei bedarf es jedoch einer offenen Fehlerkultur und der Bereitschaft des medizinischen Personals für eine (selbst-)kritische Auseinandersetzung mit diskriminierenden Strukturen im eigenen Arbeitsumfeld. Die Schaffung entsprechender Stellen für Antirassismusbearbeitung wird von meinen Interviewpartner:innen als einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung wahrgenommen. Nichtsdestotrotz sei es meist nur eine Stelle, die eher symbolisch sei und dem Handlungsbedarf nicht gerecht werden könne. Dilan merkt an: „[...] dass man da nicht nur eine Person sitzen hat und wenn die im Urlaub ist, gibt es eine Vertretung. Es ist immer nur ein, ein Mensch, der in dem Raum sitzt und Antirassismus-Beauftragte spielt.“ Ihrer Meinung nach brauche es mehr „*power*“ durch den Ausbau der antirassistischen Angebote. Um gemeinsam gegen Rassismus vorzugehen, fordert Anissa einen umfassenden Zusammenschluss von Kollektiven, wie sie auf meine abschließende Frage nach dem (zukünftigen) Umgang mit Rassismus im medizinischen Bereich ausführt:

„Ich glaube, man muss sich viel mehr Gehör verschaffen und ich glaube man muss/ ganz viele Ärzte, die eben nicht so davon betroffen sind, ziehen sich da eher zurück/ man muss eben als nicht-*weißes* und als *weißes* Kollektiv sich zusammentun, weil es geht um Patienten, die behandelt werden. Also (-) ähm nicht-*weiße* Ärzte oder *weiße* Ärzte beide sind davon betroffen in der Hinsicht, dass sie Patient:innen haben, die nicht-*weiß* sind. So dass man da als Kollektiv auf jeden Fall vielmehr sich zusammenschließen muss und darauf aufmerksam macht. Mehr Druck machen. Wir sind viel zu, viel zu leise. Wir halten uns viel zu doll zurück. Und als Einzelperson oder zwei, drei, vier Leute wirst du viel schaffen. Nicht aber so viel, wie wenn (...) wie gesagt eine ganze Station oder eine ganze Abteilung sich dafür einsetzt, Druck zu machen. Dann kannst du auf jeden Fall mehr erreichen, denke ich.“

Unabhängig davon, ob eine Person von Rassismus betroffen ist oder nicht, bedarf es für Anissa einer Kollektivierung *weißer* wie auch nicht *weißer* Ärzt:innen. Denn sofern das medizinische Personal in der Berufspraxis täglich mit der Lebensrealität rassistisch markierter Patient:innen konfrontiert ist, gehe Rassismus alle etwas an. Somit bedarf es, sich dem *weißen* Privileg zu stellen, sich durch die fehlende Betroffenheit nicht mit Rassismus auseinandersetzen zu müssen (Arndt 2017: 43). Stattdessen geht es Anis-

sa darum, sich als solidarisches Kollektiv Gehör und Sichtbarkeit zu verschaffen. Vor allem nachdem sie von ihrem ‚Einzelkämpfertum‘ müde wurde, mag ihr der kollektive Zusammenschluss als einzig mögliche Zukunftsperspektive erscheinen. Nach Halil Can handelt es sich dabei um ein kollektives *Empowerment* beziehungsweise *Powersharing* zur „Umverteilung von Macht bzw. Kapitalien“ (2022: 412), um eine größere Handlungs- und Wirkungsmacht zu erreichen – insbesondere dort, wo individuelle Ansätze nicht mehr ausreichen (Can 2022). Für Dilan setzt der Transformationsprozess auf einer höheren Ebene an und muss gesamtgesellschaftlich verhandelt werden:

„Aber man muss da auch sagen, Krankenhaus kannst du nicht so separat betrachten von der Gesellschaft. Ich meine, wenn die Gesellschaft so ein Problem hat, dann ist ja klar, dass das Krankenhaus auch befleckt ist. Ist ja nichts irgendwie (...) Separates. Deshalb müsste man halt eigentlich das Problem in der Gesellschaft bekämpfen beziehungsweise wenigstens ernster nehmen, wenigstens mehr (...) Aufmerksamkeit schenken. Bekämpfen wird man etwas nie. Ich bin ehrlich, also so optimistisch ich auch sein möchte, das wird es leider nicht geben eine Welt ohne Rassismus. Weil (...) gibt es einfach nicht. Die Ideologie ist da. Die wird auch immer wieder aufkommen. Aber wenigstens, das weniger zu verbreiten und so ein unkontrolliertes Maß sollte man nicht erreichen, was manchmal schon so wirkt.“

Solange Rassismus nicht gesamtgesellschaftlich als existent anerkannt und diesem entgegengewirkt wird, sind für die Medizinstudentin die anti-rassistischen Kämpfe im medizinischen Bereich wenig fruchtbar. Auch Anissa charakterisiert das Krankenhaus als ein Abbild der Dominanzgesellschaft, sodass sich der medizinische Bereich nicht isoliert betrachten lässt. Dilan hat zwar wenig Hoffnung, dass das ideologische Denken des Rassismus völlig überwunden werden kann, dennoch kann gegen dessen Verbreitung angekämpft werden. Nach Susan Arndts Ansicht ist dieser Kampf gegen Rassismus allerdings nicht völlig aussichtslos, sofern man bereit ist, sich von vertrauten und verinnerlichten Glaubenssätzen zu verabschieden:

„Rassismus ist wie alles, was der Mensch erfunden hat, vergänglich. Er wird aber vertrieben werden müssen. Die Abkürzung, nicht über Rassismus zu sprechen, trägt dabei nicht. Dabei geht es weder um persönliches Wollen noch um eine Schuldzuweisung. Rassismus ist ein kollektives Erbe. Wer Rassismus in die Schranken weisen und ins Verderben schicken möchte, muss zunächst lernen, was der Rassismus mit uns allen, mit der ganzen Welt und mit jedem Einzelnen angerichtet hat. In einem zweiten Schritt wird es darum gehen, feste Glaubensgrundsätze aufzugeben (auch den, schon immer anti-rassistisch gewesen zu sein), bereits Gelebtes selbstkritisch zu überprüfen (auch wenn es noch so gut und antirassistisch gemeint war) und Gelerntes zu verlernen (auch wenn es noch so unschuldig aussieht).“ (Arndt 2017: 43–44)

Wie steht es nun um den Rassismus im medizinischen Bereich? Und wie lassen sich die einzelnen Kapitel nun in einem abschließenden Fazit zusammenführen? Hierfür möchte ich auf die anfangs gestellten Forschungsfragen zurückkommen, bevor ich diese nochmals in einer theoretischen und methodischen Reflexion einordne und mit einem letzten Ausblick für Gesellschaft und Forschung abschließe.

Zu Beginn der Forschung ging ich mit der Frage nach den (mit-)erlebten Rassismuserfahrungen ins Feld und wandte mich dabei an rassistisch markierte Personen aus dem medizinischen Bereich. In den Gesprächen mit den sieben Interviewpartner:innen wurde deutlich, dass Rassismus im medizinischen Bereich für Betroffene – Patient:innen wie Personal – zur alltäglichen Lebensrealität gehört. Gleichzeitig ergaben die sieben durchgeführten Interviews unterschiedliche Meinungen und Erlebnisse zum Forschungsthema, sodass die individuellen Erfahrungen meiner Interviewpartner:innen zwar gewisse Muster zeigten, sich jedoch kaum generalisieren lassen. Die persönliche Wahrnehmung von Rassismus spielt dabei eine zentrale Rolle: Während einige der Gesprächspartner:innen angaben, persönlich kaum Rassismus erlebt zu haben, berichteten andere von wiederholten Erfahrungen der Diskriminierung. Zu den Erfahrungen der Diskriminierung zählten dabei neben Rassismus auch Sexismus oder Klassismus, was auf verankerte Machtstrukturen im medizinischen Sektor verweist. In Bezug auf Machtstrukturen war zudem auffällig, dass die jeweilige Position innerhalb des medizinischen Sektors bei Rassismuserfahrungen von Relevanz sein kann. Was die Erfahrungen selbst betrifft, zeigten sich hier sowohl gegenüber den rassistisch markierten Patient:innen wie gegenüber rassistisch markiertem Personal unterschiedliche Formen: angefangen von ‚einfach machen‘ statt einer angemessenen Aufklärung bei Patient:innen mit Sprachbarrieren, über Absprechen von Schmerz oder Kompetenzen bis zu der Reproduktion rassistischer Narrative in der medizinischen Ausbildung und ein einseitiger Blick auf Gesundheit und Krankheitsbilder. So unterschiedlich die jeweiligen Praktiken sind, eint sie doch eine Form des *Othering*. Rassistisch markierte Patient:innen oder Angestellte werden als ‚schwierig‘, ‚unauthentisch‘ oder ‚unkompetent‘ dargestellt. Mit der Praktik des ‚Andersmachens‘ geht gleichzeitig eine (Re-)Produktion einer Norm einher: Welche Sprachen ‚normal‘ sind, welches Schmerzempfinden ‚normal‘ ist, welche kategorisierten Hauttypen ‚normal‘ sind, welche Forschungsproband:innen ‚normal‘ sind oder welche Pflegehilfskräfte und Medizinstudent:innen ‚normal‘ sind. Bedürfnisse und Lebensrealitäten, die von einer vornehmlich *weißen* Norm abweichen, werden ausgeblendet und gar marginalisiert. Dass dies im medizinischen Bereich reale Auswirkungen vor allem auf die Patient:innenversorgung haben kann, zeigte die verzögerte Behandlung von Patient:innen mit Schmerzen in der Notaufnahme oder die fehlende Expertise im Fall von dermatologischen Hauterscheinungen bei Schwarzen Menschen. Auch in Bezug auf die weitere Forschungsfrage, wie meine Interviewpartner:in-

nen mit Rassismuserfahrungen umgehen, zeigten sich unterschiedliche Praktiken: Im Falle von Sprachbarrieren schlüpften sie teils in die Rolle der (Sprach-)Vermittler:innen; bei interpersonalen Rassismuserfahrungen versuchten sie aufzuklären, ihr Gegenüber damit zu konfrontieren oder die Vorfälle zu melden; beim Umgang mit Wissenslücken und der Sensibilisierung für Rassismus versuchten sie sich selbst Wissen anzueignen oder sich für einen Austausch zu vernetzen. Deutlich wurde hierbei, dass meine Interviewpartner:innen teils ein Gefühl der Verantwortung empfinden, bestehende Lücken – sei es fehlendes Bewusstsein für rassistische Handlungsweisen oder auf den Umgang mit Sprachbarrieren – im medizinischen System zu kompensieren. Allerdings sind die individuellen Strategien stark durch den strukturellen Rahmen begrenzt. Zum einen mangelt es an zeitlichen Ressourcen für eine angemessene Auseinandersetzung mit den (mit-)erlebten Rassismuserfahrungen. Zum anderen hemmen starre Hierarchien im medizinischen System ein Sprechen über Rassismus. Wenn rassistische Vorfälle angesprochen werden, stoßen manche Interviewpartner:innen auf *weiße* Abwehrstrategien und Unterstellungen der Überempfindlichkeit, sodass es für diese in einem Gefühl der Resignation und des Einzelkämpfertums mündet. Es verdeutlichte, dass die individuellen Strategien meiner Interviewpartner:innen oft nicht ausreichen oder langfristig zu wenig wirksam sind. Auch wollen sich einige dem neoliberalen Ansatz des individuellen Verantwortungsgefühls nicht fügen und fordern vielmehr kollektive Lösungsansätze.

Dies führt zur letzten Forschungsfrage: den strukturellen Unterstützungsangeboten. In den Gesprächen wurden diesbezüglich bereits unterschiedliche Anlaufstellen und Angebote wie Dolmetscher:innendienste, Meldestellen oder die Stelle einer:s Antirassismus-Beauftragten genannt. Allerdings wurde vor allem im letzten Kapitel in Bezug zum Handlungsbedarf deutlich, dass ein Ausbaubedarf besteht. Dabei wünschten sich einige Interviewpartner:innen auf einer intersektionalen Ebene eine vertiefte Auseinandersetzung mit Diskriminierungsformen im medizinischen System, welche bereits in der medizinischen Ausbildung ansetzt und mittels Fortbildungen im weiteren beruflichen Werdegang eine fortgehende und kontinuierliche Weiterbildung ermöglicht. Die Tatsache, dass vor allem den Medizinstudent:innen nur einen Kurs zum Thema Diversität in der Medizin, nur ein Buch zu dermatologischen Hauterscheinungen auf Schwarzer Haut und nur eine Stelle einer:s Antirassismus-Beauftragten bekannt ist, charakterisieren einige Interviewpartner:innen als bezeichnend für den Umgang mit Rassismus im medizinischen Bereich.

Betrachtet man die Ergebnisse der Forschungsfragen nun auf einer übergeordneten Ebene und in ihrem strukturellen Kontext, zeichneten sich in den Gesprächen vor allem zwei Faktoren als besonders relevant ab. Zum einen wurde Zeit als wichtige Ressource im medizinischen Alltag hervorgehoben. Die zunehmend auf Effizienz und Kostenminimierung ausgerichtete Gesundheitsversorgung zieht einen Zeit- und Leistungsdruck für das medi-

zinische Personal nach sich. Dieser Druck begünstigt Handlungsmuster, welche zu Stereotypisierungen und Vereinfachungen von Patient:innengruppen führen kann. Statt einer bedürfnisgerechten und diskriminierungssensiblen Patient:innenversorgung gehören zum Berufsalltag des Personals teils unter Zeitdruck durchgeführte Diagnosen und Behandlungen. Gleichzeitig bietet der Arbeitsalltag auch für rassistisch markiertes Personal wenig Raum, eigene Erfahrungen von Diskriminierung zu reflektieren oder zu thematisieren. Die daraus resultierende emotionale Belastung bleibt häufig im Unsichtbaren oder wird relativiert. Es veranschaulicht, wie eng der Ökonomisierungsdruck im medizinischen Bereich mit der Reproduktion rassistischer Strukturen verwoben ist – sowohl in der Behandlung von Patient:innen als auch im Arbeitsalltag des medizinischen Personals. Allerdings ist Zeit- und Leistungsdruck kein allgemeingültiger Faktor im medizinischen Bereich, wie ebenfalls in den Gesprächen erkennbar wurde. Dass das Argumentationsmuster des Zeitdrucks nicht auf alle medizinischen Fachbereiche übertragbar war, verunsicherte mich zunächst bei der Auswertung der Daten. Doch Forschung bedeutet immer auch, Widersprüche und Ambivalenzen zuzulassen (Goel 2013). Der zweite wichtige Faktor, welcher sich in den Gesprächen abzeichnete, war Wissen. Im Bereich um erbliche Erkrankungen handelt es sich konkret um ein Bewusstsein für die Problematik der Untersuchungspraktiken, welche historisch vielfach missbraucht wurden, um vermeintliche Unterschiede zwischen ‚Rassen‘ zu konstruieren. Um historisch gewachsene Denkmuster nicht fortzuschreiben und dadurch rassistische Strukturen zu reproduzieren, erfordert es einen kritischen Umgang mit (unter anderem genetischem) Wissen und Forschung. Auch am Beispiel des Bluthochdrucks wurde ersichtlich, dass die Medizin andernfalls Gefahr läuft, in ein biologisches ‚Rassen‘-Verständnis zu verfallen, indem manche Krankheiten bestimmten Bevölkerungsgruppen als ‚genetische‘ Veranlagung zugeschrieben werden. Vielmehr brauche es in der Forschung wie auch in der Gesellschaft ein Bewusstsein für *Rasse* als soziales Konstrukt und die Auswirkungen der Rassifizierungsprozesse – auch auf die Gesundheit von Betroffenen.

Was die Prozesse der Rassifizierung betrifft, mögen viele rassistische Denk- und Handlungsmuster inzwischen als selbstverständlich und unveränderlich erscheinen. Mit einer alltags- und praxistheoretischen Perspektive auf die Praktiken wurde jedoch deutlich, dass vermeintliche Alltagsroutinen nicht nur Stabilität und Kontinuität bedeuten. Insofern es sich vielmehr um Wiederholungen statt um identisch vollzogene Ausführungen handelt, beinhalten die Alltagspraktiken immer auch die Möglichkeit, diese zu hinterfragen, aufzubrechen und neu zu gestalten. Dieses Spannungsverhältnis zwischen dem *doing differences* und *undoing differences* im Kontext der strukturellen Gegebenheiten der Praktiken sollte in der Arbeit sichtbar werden. Letztlich veranschaulicht das ambivalente Verhältnis zwischen der Reproduktion und der Transformation rassistischer Strukturen, dass der medizinische Arbeits- und Studienalltag nicht nur ein Raum von Diskriminierung und Macht sein muss, sondern genauso Wandel ermöglicht.

Schließlich kann eine Reflexion und bewusste Umgestaltung alltäglicher Praktiken zu einer gleichberechtigteren Versorgung beitragen, sofern es die strukturellen Rahmenbedingungen wie der Zeitfaktor ebenfalls zulassen. Diese enge Verknüpfung von Strukturen und individuellem Handeln im Hinblick auf die Transformation einer „White dominance“ (Essed 1991: 46) legt Philomena Essed nochmals recht anschaulich dar:

„When agents are socialized with and systematically exposed to representation that justify White dominance, and when these notions are (unwittingly) accepted as ‚normal‘, agents will act in concert, thereby creating and reproducing similar forms of racism adapted to the specific needs or interests and situations. This view of the relation between ideology and cognitions and between structures and agents acknowledges, on the one hand, structural constraints on human agency and, on the other hand, that within specific boundaries individuals can make their own choices. They choose how they act. They either uncritically accept a dominant representation of reality or seek alternative views.“ (Essed 1991: 46)

Dies führt über zur theoretischen Reflexion von Rassismus als alltägliches Phänomen. Obwohl Rassismus als Analysekategorie neben Forschungen zu Rechtsextremismus oder Migration lange wenig Beachtung fand (Sinanoğlu/Polat 2023), erwies sich der Fokus auf Alltagsrassismus am Beispiel des medizinischen Sektors als anschlussfähig. Wie ersichtlich wurde, tritt Rassismus nicht nur in Ausnahmen oder in extremistischen Gruppierungen auf, sondern ist in alltägliche Interaktionen, Praktiken und Wahrnehmungen verwurzelt. Zugleich ermöglicht dieser Ansatz, den Alltag nicht nur als Raum der Stabilität und Belanglosigkeit zu betrachten, sondern gleichermaßen potenziell als Raum der Transformation. So sind die historisch gewachsenen rassistischen Wissenssysteme sowie Denk- und Handlungsmuster nicht unveränderlich. Wie bereits dargelegt, birgt der Alltag genauso das Potenzial, solche Muster und Strukturen aufzubrechen und nezugestalten. Gerade durch die ergänzenden theoretischen Konzepte des *Othering*, *Silencing* und *Empowerment* taten sich in der Arbeit Blickwinkel auf, um sich sowohl mit ausgrenzenden Mechanismen als auch mit Ansätzen der Veränderung auseinanderzusetzen. Während die praxistheoretische Perspektive in der Arbeit nur gestreift wurde, könnte sie zukünftig einen umfassenderen Blickwinkel auf Phänomene des Alltagsrassismus ermöglichen. Insgesamt zeigte sich – mit Wolfgang Kaschuba gesprochen –, dass mit dem Blick auf einen bestimmten Alltagsausschnitt Rückschlüsse über gesellschaftliche Strukturen und Funktionsweisen des Zusammenlebens gezogen werden können (Kaschuba 2012). Aus einer methodischen Reflexion deckte ich mit Interviews als ‚Solo-Methode‘ gewiss nur einen Teil dieses Alltagsausschnittes ab und halte damit in erster Linie subjektive Sichtweisen und Wahrnehmungen fest. Dabei gilt es sich nochmals zu vergegenwärtigen, dass es sich bei den Interviews um rekonstruierte Erzählungen handelt und Erzählen wiederum auf Erinnerungen fußt. Wie genau in den Interviews über Rassismuserfahrungen

gesprochen wurde, hing davon ab, wie meine Interviewpartner:innen diese Erinnerungen abrufen können. Dabei wurde in den Gesprächen bemerkbar, dass das Erinnern und Erzählen von Rassismus durch unterschiedliche Faktoren beeinflusst wird. Einerseits zeigte sich bei manchen Interviewpartner:innen eine Unsicherheit, was überhaupt als rassistisches Handeln eingeordnet werden kann. Sofern ein Verständnis oder auch die entsprechende Sprache fehlt, um das Erlebte für sich selbst einzuordnen, wird dem Erzählforscher Albrecht Lehmann zufolge diesen Erfahrungen auch kein subjektiver Sinn beigemessen (Lehmann 2007). Andererseits äußerten Interviewpartner:innen, dass manche Erfahrungen auch aus Schutz für sich selbst verdrängt werden. Gerade die Häufigkeit und Alltäglichkeit der Erlebnisse führen zu einer gewissen Abstumpfung, sodass diese immer weniger als erinnerungswürdig eingestuft werden. In dem Gespräch fielen jedoch immer wieder Bemerkungen wie die von Dilan: „[...] mir fällt noch eine Sache ein.“ Es deutet darauf hin, dass in den Interviews ein gewisser Erinnerungsprozess angestoßen wurde, dieser jedoch entsprechende Denkpausen brauchte. Auch mir fiel das Fragen nach Rassismuserfahrungen und das Zulassen von Denkpausen nicht leicht. Er erforderte ein gewisses Vertrauen von beiden Seiten, eigene Unsicherheiten im Bezug zum Forschungsthema nicht zu überspielen, sondern offen zu thematisieren, um so in einen Austausch zu treten. Dahingehend nahmen manche Gespräche die Entwicklung an, dass mir gegenüber reflektiert wurde, wann meine Interviewpartner:innen sich selbst in rassistische Denk- und Handlungsmuster verstrickt sehen. Je mehr ich den Eindruck hatte, mein Gegenüber weist ein fundiertes Wissen zu Rassismus auf, desto deutlicher konnten Situationen und Strukturen benannt und charakterisiert werden. Das Wissen um die Funktionsweisen von Rassismus gab ihnen in Bezug zu den Bewältigungsstrategien und Umgangsweisen wiederum eine Handlungsmöglichkeit, je nach Kapazitäten und Machtressourcen dagegen vorzugehen.

Um eben diese Handlungsmöglichkeiten zu stärken, braucht es unter anderem einen breiteren Diskurs über (Alltags-)Rassismus. Die Forschung setzte am Beispiel des medizinischen Sektors an. Die breit ausgerichtete Forschungsfrage sowie das heterogene Forschungsfeld haben eine fundiertere Auseinandersetzung erschwert. Allerdings lässt sich meine Forschung vielmehr als Querschnitt durch die Medizin mit ausgewählten Fokussetzungen verstehen. Im Laufe der Arbeit taten sich dabei immer weitere Forschungsfragen und Lücken auf. So könnte weiter vertieft werden, wie im Bereich der Forschung medizinisches Wissen entsteht und welche Annahmen und Vorstellungen diesen zugrunde liegen. Auch nach einzelnen medizinischen Sektoren könnte stärker differenziert werden. Methodisch könnten kollaborative, partizipative und engagierte Forschungsansätze verfolgt werden, um in Zusammenarbeit mit Initiativen oder studentischen Gruppen wie der von Maya gemeinsam Handlungsstrategien auszuarbeiten. Ebenso könnten die einzelnen Rassismen wie Anti-Schwarzer-Rassismus, antimuslimischer Rassismus oder antislawischer Rassismus umfassender in ihren Ausprägungen im medizinischen Bereich sowie die intersektiona-

le Verschränkung mit weiteren Diskriminierungsformen erforscht werden. Aus historischer Perspektive stellt sich schließlich die Frage, wie wir mit Institutionen, Dokumenten und Persönlichkeiten umgehen wollen, die mit einer Kolonialmedizin oder einer Eugenik zu Zeiten des Nationalsozialismus in Verbindung stehen. Eine kritische, öffentliche Auseinandersetzung und Aufarbeitung von Institutionen wie dem Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin in Hamburg könnte zu einer facettenreichen Erinnerungskultur beitragen. Es zeigt, das Thema ist längst noch nicht in seinem vollen Umfang erschlossen, sondern die Forschung steckt vermutlich erst in ihren Anfängen. Ziel war es, an bestehende Ansätze der *Public Health*-Forschung oder dem Bericht des DeZIM „Rassismus und seine Symptome“ (2023) anzuknüpfen, neue Perspektiven aufzuwerfen und für weitere Forschungen anzuregen. Dass diesbezüglich noch viel Handlungsbedarf besteht, verdeutlicht das Zitat und der Titel der Arbeit „Man sieht so etwas Großes wie Rassismus als etwas Kleines an“. Wie es daher um den Status quo des Rassismus in den medizinischen Bereichen steht, braucht es eine kontinuierliche Auseinandersetzung. Der Bericht „Rassismus und seine Symptome“ hat zwar nicht an Aktualität verloren. Doch seit seiner Veröffentlichung im November 2023 haben sowohl der öffentliche Diskurs über Rassismus als auch die Strukturen des Gesundheitswesens neue Dimensionen angenommen. Gesellschaftliche Debatten um die Belastung der Gesundheitsversorgung durch Migration – Stichwort: Asylbewerber:innen, die den ‚Deutschen‘ die Zahnarzttermine wegnehmen (Emundts/Rohwedder 2023, 28. September) – zeigen, wie tief verwurzelt ein Differenzdenken in ‚Wir‘ und die ‚Anderen‘ im medizinischen Kontext nach wie vor ist. Durch die Migrationsdebatten verschiebt sich der Fokus: Denn statt sich mit dem im System verankerten Rassismus auseinanderzusetzen, wird suggeriert, die Probleme kämen durch äußere Einflüsse, durch die ‚Anderen‘. Gleichzeitig werfen auch die politischen Bestimmungen über die geplante Krankenhausreform (Tageschau 2024, 22. November) die Fragen auf, wessen Bedürfnisse dabei (nicht) berücksichtigt werden und wie im Rahmen der Reform gerechte Zugänge zur einer Gesundheitsversorgung für alle Gesellschaftsgruppen ermöglicht werden können. Auch wenn gegenwartsbezogene Forschung Gefahr läuft, den Blick für das Ganze zu verlieren und selbst in ideologische Denkmuster zu verfallen (Kaschuba 2012: 19), bedarf es im gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Bewusstsein eines Diskurses, der Rassismus und weiße Privilegien als existent anerkennt, thematisiert und nicht ausblendet – gerade, wenn es um das Grundrecht aller Menschen auf Gesundheit geht.



Amelie Klemens
c/o Institut für Empirische Kulturwissenschaft
Universität Hamburg
Edmund-Siemers-Allee 1 (West)
20146 Hamburg
amelie.klemens@gmx.de

Literaturverzeichnis

Afeworki Abay, Robel. 2023. *Dekolonisierung des Wissens. Eine partizipative Studie zu Diskriminierung und Teilhabe an Erwerbsarbeit von BIPOC mit Behinderungserfahrungen*. Bielefeld: transcript Verlag.

Aikins, Muna AnNisa, Teresa Bremberger, Joshua Kwesi Aikins, Caliman Gyamersah und Deniz Yildirim-Caliman. 2021. *Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland*. Berlin. <https://afrozensus.de/reports/2020/>.

Alexopoulou, Maria. 2022. „Rassismus als Praxis der langen Dauer. Welche Rassismusforschung braucht Deutschland – und wozu?“ In *Rfm-Debatte 2021: Rassismus als Praxis der langen Dauer. Welche Rassismusforschung braucht Deutschland – und wozu?*, hrsg. vom Rat für Migration e.V, S. 5–15. Berlin. <https://rat-fuer-migration.de/2021/11/23/rfm-debatte-2021-replik-der-initiatorin/>.

Alexopoulou, Maria. 2023. „Rassismus als Leerstelle der deutschen Zeitgeschichte.“ In *Rassismusforschung I – Theoretische und interdisziplinäre Perspektiven*, hrsg. von Nationaler Diskriminierungs- und Rassismmonitor. S. 23–56. Bielefeld: transcript Verlag.

Arndt, Susan. 2005a. „Mythen des weißen Subjekts: Verleugnung und Hierarchisierung von Rassismus.“ In *Mythen, Masken und Subjekte: Kritische Weißseinsforschung in Deutschland*, hrsg. von Maureen Maisha Eggers, Grada Kilomba, Peggy Piesche und Susan Arndt, S. 340–362. Münster: UNRAST-Verlag.

Arndt, Susan. 2005b. „Weißsein: Die Verkante Strukturkategorie Europas und Deutschlands.“ In *Mythen, Masken und Subjekte: Kritische Weißseinsforschung in Deutschland*, hrsg. von Maureen Maisha Eggers, Grada Kilomba, Peggy Piesche und Susan Arndt, S. 24–28. Münster: UNRAST Verlag.

Arndt, Susan. 2006. „The Racial Turn“: Im Kolonialismus, weiße Mythen und Critical Whiteness Studies.“ In *Koloniale und postkoloniale Konstruktionen von Afrika und Menschen afrikanischer Herkunft in der deutschen Alltagskultur*, hrsg. von Marianne Bechhaus-Gerst und Sunna Gieske, S. 11–25. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Arndt, Susan. 2011. „Rassismus.“ In *Wie Rassismus aus Wörtern spricht: (K)Erben des Kolonialismus im Wissensarchiv deutsche Sprache: Ein kritisches Nachschlagewerk*, hrsg. von Susan Arndt und Nadja Ofuatey-Alazard, S. 37–43. Münster: UNRAST Verlag.

Arndt, Susan. 2014. „Rassismus und Wissen.“ In *Sprache – Macht – Rassismus*, hrsg. von Gudrun Hentges, Kristina Nottbohm, Mechtild M. Jansen und Jamila Adamou, S. 17–34. Berlin: Metropol Verlag.

Arndt, Susan. 2017. „Rassismus. Eine viel zu lange Geschichte.“ In *Rassismuskritik und Widerstandsformen*, hrsg. von Karim Fereidooni und Meral El, S. 29–45. Wiesbaden: Springer VS.

Arndt, Susan und Nadja Ofuatey-Alazard. 2011. „Zum Geleit“. In *Wie Rassismus aus Wörtern spricht: (K)Erben des Kolonialismus im Wissensarchiv deutsche Sprache: Ein kritisches Nachschlagewerk*, hrsg. von Susan Arndt und Nadja Ofuatey-Alazard, S. 11–17. Münster: UNRAST Verlag.

Attia, Iman. 2009. *Die „westliche Kultur“ und ihr Anderes: Zur Dekonstruktion von Orientalismus und antimuslimischer Rassismus*. Bielefeld: transcript Verlag.

Attia, Iman. 2017. „Diskursverschränkungen des antimuslimischen Rassismus.“ In *Rassismuskritik und Widerstandsformen*, hrsg. von Karim Freidooni, und Meral El, S. 181–192. Wiesbaden: Springer VS.

Bargetz, Brigitte. 2016. *Ambivalenzen des Alltags. Neuorientierungen für eine Theorie des Politischen*. Bielefeld: transcript Verlag.

Bartig, Susanne, Dorina Kalkum, Ha Mi Le und Aleksandra Lewicki. 2021. *Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung: Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes*. Berlin. https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/diskrimrisiken_diskrimschutz_gesundheitswesen.html.

Baumgartinger, Persson Perry. 2014. „Mittendrinn: kritische Analyse im Spannungsfeld von Machtverhältnissen der staatlichen Regulierung von Trans*in Österreich.“ In *Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Reflexivität, Perspektiven, Positionen*, hrsg. von Hella von Unger, Petra Narihani, Rosaline M'Bayo, S. 97–110. Wiesbaden: Springer VS.

Bellu, Andrea, Matei Bellu und Vassilis Tsianos. 2023. „Zwischen Rassismus und race: (Post-)Strukturalistische Ansätze in der Rassismusforschung.“ In *Rassismusforschung I: Theoretische und interdisziplinäre Perspektiven*, hrsg. von Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor, S. 57–100. Bielefeld: transcript Verlag.

Bichmann, Wolfgang. 2013. „Vorwort“. In *Medizinethnologie: Eine Einführung*, hrsg. von Katarina Greifeld, S. 7–12. Berlin: Reimer.

Biermann-Medizin. 2022. „Unterschiede in der Performance von Pulsoximetern bei Personen verschiedener Hautfarbe führen auch zu Ungleichheiten in der Versorgung.“ In *Biermann-Medizin*, 12. Juli. Zugriff 12.11.2024. <https://biermann-medizin.de/unterschiede-in-der-performance-von-pulsoximetern-bei-personen-verschiedener-hautfarbe-fuehren-auch-zu-ungleichheiten-in-der-versorgung/>.

Breidenstein, Georg, Stefan Hirschauer, Herbert Kalthoff und Boris Nieswand. 2020. *Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung* (3. Auflage). München: UVK Verlag.

Brückmann, Thomas, Franziska Maetzky und Tino Plümcke. 2009. „Rassifizierte Gene: Zur Aktualität biologischer ‚Rasse‘-Konzepte in den neuen Lebenswissenschaften.“ In *Gemachte Differenz. Kontinuitäten biologischer „Rasse“-Konzepte*, hrsg. von AG gegen Rassismus in den Lebenswissenschaften, S. 20–64. Münster: UNRAST Verlag.

Brunner, Claudia. 2020. *Epistemische Gewalt. Wissen und Herrschaft in der kolonialen Moderne*. Bielefeld: transcript Verlag.

Can, Halil. 2022. „Doing Empowersharing – Empowerment und Power-sharing als machtkritische und inklusive Handlungsstrategien gegen Rassismus und intersektionale Diskriminierungen.“ In *Handeln in Organisationen der Migrationsgesellschaft: Differenz- und machttheoretische Reflexionen einer praxisorientierten Fortbildungsreihe*, hrsg. von Paul Mecheril und Matthias Rangger, S. 397–418. Wiesbaden: Springer VS.

Çetin, Zülfükar. 2022. „Der neue und alte antimuslimische Rassismus im (post-)kolonialen-Europa.“ In *Handeln in Organisationen der Migrationsgesellschaft: Differenz- und machttheoretische Reflexionen einer praxisorientierten Fortbildungsreihe*, hrsg. von Paul Mecheril und Matthias Rangger, S. 383–395. Wiesbaden: Springer VS.

Corbin, Juliet und Anselm Strauss. 2008. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (3. Auflage). Los Angeles: Sage Publications.

Corbin, Juliet und Anselm Strauss. 2015. *Basics of Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (4. Auflage). Los Angeles: Sage Publications.

Deutsches Ärzteblatt. 2022a. „Pulsoxymeter übersehen Hypoxämie bei dunkler Haut häufiger.“ *Ärzteblatt.de*, 7. Juli. Zugriff 12.11.2024. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/135766/Pulsoxymeter-uebersehen-Hypoxaemie-bei-dunkler-Haut-haeufiger>.

Deutsches Ärzteblatt. 2022b. „Rassismus im Gesundheitswesen: Kein Einzelfall.“ *Deutsches Ärzteblatt*, 119 (17): S. 758–763.

Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM). 2022. *Rassistische Realitäten: Wie setzt sich Deutschland mit Rassismus aus-*

einander? Auftaktstudie zum Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa). Berlin: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM). https://www.dezim-institut.de/fileadmin/user_upload/fis/publikation_pdf/FA-5331.pdf.

Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM). 2023. *Rassismus und seine Symptome: Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors*. Berlin. https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/Rassismus_und_seine_Symptome.pdf.

DiAngelo, Robin. 2018. *White fragility: Why it's so hard for white people to talk about racism*. Boston: Beacon Press.

Dilger, Hansjörg und Bernhard Hadolt. 2010. „Medizin im Kontext: Überlegungen zu einer Sozial- und Kulturanthropologie der Medizin(en) in einer vernetzten Welt.“ In *Medizin im Kontext: Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt*, hrsg. von Hansjörg Dilger und Bernhard Hadolt, S. 11–32. Frankfurt am Main: Lang.

Dotson, Kristie. 2011. „Tracking Epistemic Violence, Tracking Practices of Silencing.“ *Hypatia*, 26 (2): S. 236–257.

Eggers, Maureen Maisha. 2005. „Rassifizierte Machtdifferenz als Deutungsperspektive in der Kritischen Weißseinsforschung in Deutschland.“ In *Mythen, Masken und Subjekte: Kritische Weißseinsforschung in Deutschland*, hrsg. von Maureen Maisha Eggers, Grada Kilomba, Peggy Piesche und Susan Arndt, S. 56–72. Münster: UNRAST Verlag.

Eggers, Maureen Maisha, Grada Kilomba, Peggy Piesche und Susan Arndt. 2005. „Konzeptionelle Überlegungen.“ In *Mythen, Masken und Subjekte: Kritische Weißseinsforschung in Deutschland*, hrsg. von Maureen Maisha Eggers, Grada Kilomba, Peggy Piesche und Susan Arndt, S. 11–13. Münster: UNRAST Verlag.

Essed, Philomena. 1991. *Understanding Everyday Racism: An Interdisciplinary Theory*. Newsbury Park, London und New Dehli: Sage Publications

Fausto-Sterling, Anne. 2009. „Die Neugestaltung von Race: DNA und die Politiken der Gesundheit.“ In *Gemachte Differenz: Kontinuitäten biologischer „Rasse“-Konzepte*, hrsg. von AG gegen Rassismus in den Lebenswissenschaften, S. 82–129. Münster: UNRAST Verlag.

Glaser, Barney und Anselm Strauss 2006 [1967]. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick und London: Aldine Transaction.

Goel, Urmila. 2013. „Ein Plädoyer für Ambivalenzen, Widersprüchlichkeiten und Mehrdeutigkeiten in der Rassismuskritik.“ In *Migrationsforschung als Kritik? Konturen einer Forschungsperspektive*, hrsg. von Paul Mecheril, Oscar

Thomas-Olalde, Claus Melter, Susanne Arens und Elisabeth Romaner, S. 79–92. Wiesbaden: Springer VS.

Gómez, Laura E. 2013. „Introduction: Taking the Social Construction of Race Seriously in Health Disparities Research.“ In *Mapping „Race“: Critical Approaches to Health Disparities Research*, hrsg. von Laura E. Gómez und Nancy López, S. 1–22. New Brunswick, New Jersey und London: Rutgers University Press.

Götzö, Monika. 2014. „Theoriebildung nach Grounded Theory.“ In *Methoden der Kulturanthropologie*, hrsg. von Christine Bischoff, Karoline Oehme-Jüngling, und Walter Leimgruber, S. 444–458. Bern: Haupt.

Gravlee, Clarence C., William W. Dressler und Russell H. Bernhard. 2005. „Skin Color, Social Classification, and Blood Pressure in Southeastern Puerto Rico.“ *American Journal of Public Health*, 95 (12): S. 2191–2197. DOI: 10.2105/AJPH.2005.065615.

Greifeld, Katarina. 2013. „Einführung in die Medizinethnologie.“ In *Medizinethnologie: Eine Einführung*, hrsg. von Katarina Greifeld, S. 13–38. Berlin: Reimer.

Hamed, Sarah, Hannah Bradby, Beth Maina Ahlberg und Suruchi Thapar-Björkert. 2022. „Racism in healthcare: a scoping review.“ *BMC Public Health*, 22(988): S. 1–22. DOI: 10.1186/s12889-022-13122-y.

Hamed, Sarah, Suruchi Thapar-Björkert, Hannah Bradby und Beth Maina Ahlberg. 2020. „Racism in European Health Care: Structural Violence and Beyond.“ *Qualitative Health Research*, 30(1): S. 1662–1673. DOI: 10.1177/1049732320931430.

Haraway, Donna. 1988. „Situated Knowledges: the Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective.“ *Feminist Studies*, 14 (3): S. 575–599.

Hedrich, Markus. 2021. „Medizin und Kolonialismus: Das Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin als (post-)kolonialer Hamburger Erinnerungsort.“ In *Hamburg: Tor zur kolonialen Welt: Erinnerungsorte der (post-)kolonialen Globalisierung*, hrsg. von Jürgen Zimmerer und Sebastian Todzi, S. 197–212. Göttingen: Wallstein Verlag.

Helfferich, Cornelia. 2011. *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Auflage). Wiesbaden: Springer VS.

Hirschauer, Stefan und Tobias Boll. 2017. „Un/doing Differences: Zur Theorie und Empirie eines Forschungsprogramms.“ In *Un/doing Differences: Praktiken der Humandifferenzierung*, hrsg. von Stefan Hirschauer, S. 7–26. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.

Junker, Carsten. 2005. „Weißsein als akademische Praxis: Überlegungen zu einer kritischen Analysekategorie in den deutschsprachigen Kulturwissenschaften.“ In *Mythen, Masken und Subjekte: Kritische Weißseinsforschung in*

Deutschland, hrsg. von Maureen Maisha Eggers, Grada Kilomba, Peggy Piesche und Susan Arndt, S. 427–443. Münster: UNRAST Verlag.

Kalpaka, Annita. 2015. „Wir behandeln alle gleich“: Zwischen Gleichheitsanspruch und Diskriminierungswirklichkeit: Prozesse der Auseinandersetzung mit Diskriminierung im Hochschulalltag.“ In *Dominantkultur reloaded: Neue Texte zu gesellschaftlichen Machtverhältnissen und ihren Wechselwirkungen*, hrsg. von Iman Attia, Swantje Köbsell und Nivedita Prasad, S. 255–268. Bielefeld: transcript Verlag.

Kanter, Rosabeth Moss. 1977. „Some Effects of Proportions on Group Life: Skewed Sex Ratios and Responses to Token Women.“ *The American Journal of Sociology*, 82 (5): S. 965–990.

Kaschuba, Wolfgang. 2012. *Einführung in die Volkskunde* (4. Auflage). München: C. H. Beck.

Khoury, Dunja. 2022. *Rassismusbedingter Stress in Deutschland: Bewältigungsstrategien und Ressourcen aus Sicht von Menschen mit Rassismuserfahrungen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Kien Nghi, Ha. 2005. „Mach(t)raum(a) Berlin: Deutschland als Kolonialgesellschaft.“ In *Mythen, Masken und Subjekte: Kritische Weißseinsforschung in Deutschland*, hrsg. von Maureen Maisha Eggers, Grada Kilomba, Peggy Piesche und Susan Arndt, S. 105–117. Münster: UNRAST Verlag.

Kilomba, Grada. 2008. *Plantation Memories: Episodes of Everyday Racism*. Münster: UNRAST Verlag.

Kopf, Xenia. 2021. „Bubbles müssen nicht digital sein: Kollektive Räume zwischen Safe Space, Insel und Öffentlichkeit.“ In *Bubbles&Bodies: Neue Öffentlichkeiten zwischen sozialen Medien und Straßenprotesten*, hrsg. von Lukas Kaelin, Andreas Telser und Ilaria Hoppe, S. 251–269. Bielefeld: transcript Verlag.

Kourabas, Veronika und Paul Mecheril. 2022. „Über Rassismus sprechen: Auf dem Weg zu einer rassismuskritischen Professionalität.“ In *Arbeitstitel: Migrationsgesellschaft. Pädagogik – Profession – Praktik*, hrsg. von Miriam Stock, Nazli Hodaie, Stefan Immerfall und Margarete Menz, S. 13–33. Wiesbaden: Springer VS.

Krieger, Nancy. 2014. „Discrimination and health inequities“ *International Journal of Health Services*, 44 (4): S. 643–710. DOI: 10.2190/HS.44.4.b.

Kritische Medizin München. 2021. „Eine Geschichte der Tropenmedizin.“ Zugriff 3.7.2024. <https://kritischemedizinmuennenchen.de/eine-geschichte-der-tropenmedizin>.

Lehmann, Albrecht. 2007. *Reden über Erfahrung. Kulturwissenschaftliche Bewusstseinsanalyse des Erzählens*. Berlin: Reimer.

Lock, Margaret. 2012. „From Genetics to Postgenomics and the Discovery of the New Social Body.“ In *Medical Anthropology at the Intersections: Histories, Activisms, and Futures*, hrsg. von Marcia C. Inhorn und Emily A. Wentzell, S. 129–160. Durham und London: Duke University Press. DOI: 10.2307/j.ctv123x786.10.

Low, Setha M. und Sally Engle Merry. 2010. „Engaged Anthropology: Diversity and Dilemmas.“ *Current Anthropology*, 51 (2): S. 203–226.

Lutz, Hela und Rudolf Leiprecht. 2022. „Über die Multiplizität von Rassismus.“ In *Rfm-Debatte 2021: Rassismus als Praxis der langen Dauer: Welche Rassismusforschung braucht Deutschland – und wozu?*, hrsg. vom Rat für Migration e.V., S. 27–32. Berlin. Zugriff 18.11.2025. <https://rat-fuer-migration.de/2021/11/23/rfm-debatte-2021-replik-der-initiatorin/>.

Massmünster, Michael. 2014. „Sich selbst in den Text schreiben.“ In *Methoden der Kulturanthropologie*, hrsg. von Christine Bischoff, Karoline Oehme-Jüngling und Walter Leimgruber, S. 522–538. Bern: Haupt.

Mecheril, Paul und Claus Melter. 2009. „Rassismustheorie und -forschung in Deutschland: Kontur eines wissenschaftlichen Feldes.“ In *Rassismuskritik: Band 1: Rassismustheorie und -forschung*, hrsg. von Paul Mecheril und Claus Melter, S. 13–22. Schwalbach/Ts.: WOCHENSCHAU Verlag.

Mecheril, Paul und Matthias Rangger. 2022. „Und wenn ich dann das Wort – zum Beispiel: Rassismus – nenne... – (Nicht)Sprechen-Können und Professionalität.“ In *Handeln in Organisationen der Migrationsgesellschaft: Differenz- und machttheoretische Reflexionen einer praxisorientierten Fortbildungsreihe*, hrsg. von Paul Mecheril und Matthias Rangger, S. 193–204. Wiesbaden: Springer VS.

Mecheril, Paul und Astride Velho. 2013. „Rassismuserfahrungen: Von Abwehr und Hilflosigkeit zu Empowerment und involvierter Transformation.“ In *Rassistische Diskriminierung und rechte Gewalt: Auf der Seite der Betroffenen beraten, informieren, intervenieren*, hrsg. von Opferperspektive e.V., S. 204–214. Münster: Westfälisches Dampfboot.

Memmi, Albert. 2000. *Racism*. Übersetzt von Steve Martinot. Minneapolis und London: University of Minnesota Press.

Mohseni, Maryam. 2020. *Empowerment-Workshops für Menschen mit Rassismuserfahrungen: Theoretische Überlegungen und biographisch-professionelles Wissen aus der Bildungspraxis*. Wiesbaden: Springer VS.

Mukwende, Malone, Peter Tamony und Margot Turner. 2020. *Mind the Gap: A handbook of clinical signs in black and brown skin*. London: St George's University of London. Zugriff 26.11.2025. <https://www.blackandbrownskin.co.uk/mindthegap>.

Nguyen, Tien und Francesca Puhlmann. 2023. „Wissenschaftlicher Rassismus in den Natur- und Lebenswissenschaften: Geschichte und Gegenwart.“

In *Rassismusforschung I: Theoretische und interdisziplinäre Perspektiven*, hrsg. von Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor, S. 169–190. Bielefeld: transcript Verlag.

Nimführ, Sarah. 2022. „Can collaborative knowledge production decolonize epistemology?“ *Migration Letters*, 19(6): S. 781–789. DOI: 10.33182/ml.v19i6.2360.

Nnaemeka, Obioma. 2005. „Bodies That Don't Matter: Black Bodies and the European Gaze.“ In *Mythen, Masken und Subjekte: Kritische Weißseinsforschung in Deutschland*, hrsg. von Maureen Maisha Eggers, Grada Kilomba, Peggy Piesche und Susan Arndt, S. 90–104. Münster: UNRAST Verlag.

Piesche, Peggy. 2005. „Das Ding mit dem Subjekt, oder: Wem gehört die Kritische Weißseinsforschung.“ In *Mythen, Masken und Subjekte: Kritische Weißseinsforschung in Deutschland*, hrsg. von Maureen Maisha Eggers, Grada Kilomba, Peggy Piesche und Susan Arndt, S. 14–17. Münster: UNRAST Verlag.

Riegel, Christine. 2016. *Bildung – Intersektionalität – Othring: Pädagogisches Handeln in widersprüchlichen Verhältnissen*. Bielefeld: transcript Verlag.

Rommelspacher, Birgit. 2009. „Was ist eigentlich Rassismus?“ In *Rassismuskritik: Band 1: Rassismustheorie und -forschung*, hrsg. von Claus Melter und Paul Mecheril, S. 25–38. Schwalbach/Ts.: WOCHENSCHAU Verlag.

Said, Edward W. 2003. *Orientalism* (überarbeitete Ausgabe). London: Penguin Books.

Schäfer, Hilmar. 2013. *Die Instabilität der Praxis: Reproduktion und Transformation des Sozialen in der Praxistheorie*. Weilerwist: Velbrück Wissenschaften.

Schäfer, Hilmar. 2016. „Praxis als Wiederholung.“ In *Praxistheorie: Ein soziologisches Forschungsprogramm*, hrsg. von Hilmar Schäfer, S. 137–159. Bielefeld: transcript Verlag.

Scharathow, Wiebke, Claus Melter, Rudolf Leiprecht und Paul Mecheril. 2009: „Rassismuskritik“. In *Rassismuskritik: Band 1: Rassismustheorie und -forschung*, hrsg. von Claus Melter und Paul Mecheril, S. 10–12. Schwalbach/Ts.: WOCHENSCHAU Verlag.

Schenk, Liane und Lisa Peppler. 2020: „Erklärungsansätze zum Zusammenhang von Migration und Gesundheit.“ In *Migration und Alter*, hrsg. von Liane Schenk und Monika Habermann, S. 21–32. Berlin und Boston: DeGruyter.

Schmidt-Lauber, Brigitta. 2010. „Der Alltag und die Alltagskulturwissenschaft: Einige Gedanken über einen Begriff und ein Fach.“ In *Alltag als Politik – Politik als Alltag: Dimensionen des Politischen in Vergangenheit und Gegenwart: Eine Lesebuch für Carola Lipp*, hrsg. von Michaela Fenske und Carola Lipp, S. 45–64. Berlin und Münster: LIT.

Schödwell, Steffen, Mihaela Savin, Anke Lauke, Ingar Abels, Dana Abdel-Fatah, Simone Penka und Ulrike Kluge. 2022. „Strukturelle Diskriminierung und Rassismus in der Krankenhausversorgung: die Rolle ökonomischer Rahmenbedingungen in der interkulturellen Öffnung.“ *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 65: S. 1307–1315. DOI: 10.1007/s00103-022-03615-x.

Schramkowski, Barbara und Isabelle Isabelle. 2018: „Alltagsrassismus: (K)ein Thema für die Soziale Arbeit.“ In *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft: Grundlagen – Konzepte – Handlungsfelder*, hrsg. von Beate Blank, Süleyman Gögercin, Karin E. Sauer und Barbara Schramkowski, S. 297–290. Wiesbaden: Springer VS.

Schramm, Katharina. 2005. „Weißsein als Forschungsgegenstand. Methodenreflexion und ‚neue Felder‘ in der Ethnologie.“ In *Mythen, Masken und Subjekte: Kritische Weißseinsforschung in Deutschland*, hrsg. von Maureen Maischa Eggers, Grada Kilomba, Peggy Piesche und Susan Arndt, S. 460–475. Münster: UNRAST Verlag.

Shooman, Yasemin. 2015. „Einblick gewähren in die Welt der Muslime. ‚Authentische Stimmen‘ und ‚Kronzeugenschaft‘ in antimuslimischen Diskursen.“ In *Dominantkultur reloaded: Neue Texte zu gesellschaftlichen Machtverhältnissen und ihren Wechselwirkungen*, hrsg. von Iman Attia, Swantje Köbsell und Nivedita Prasad, S. 47–58. Bielefeld: transcript Verlag.

Sinanoglu, Cihan und Serpil Polat. 2023. „Rassismusforschung in Bewegung: Rassismus – ein neues altes Thema?“ In *Rassismusforschung I. Theoretische und interdisziplinäre Perspektiven*, hrsg. von Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor, S. 7–22. Bielefeld: transcript Verlag.

Spiritova, Marketa. 2014. „Narrative Interviews.“ In *Methoden der Kulturanthropologie*, hrsg. von Christine Bischoff, Karoline Oehme-Jüngling, und Walter Leimgruber, S. 117–130. Bern: Haupt.

Spivak, Gayatri Chakravorty. 2008. *Can the Subaltern Speak? Postkolonialität und subaltern Artikulation*. Aus dem Englischen von Alexander Joskowicz und Stefan Nowotny, mit einer Einleitung von Hito Steyerl. Wien und Berlin: Verlag Turia + Kant.

Steyerl, Hito und Encarnación Gutiérrez Rodríguez. 2003. „Einleitung.“ In: *Spricht die Subalterne deutsch? Migration und postkoloniale Kritik*, hrsg. von Hito Steyerl und Encarnación Gutiérrez Rodríguez, S. 7–16. Münster: UNRAST Verlag.

Terkessidis, Mark. 2004. *Die Banalität des Rassismus: Migranten zweiter Generation entwickeln eine neue Perspektive*. Bielefeld: transcript Verlag.

Thomas, Stefan. 2019. *Ethnografie: Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Traußneck, Matti. 2023. „Intersektionalität: Begriffliche Annäherungen an eine vielschichtige Debatte.“ In *Rassismusforschung I. Theoretische und interdisziplinäre Perspektiven*, hrsg. von Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor, S. 101–128. Bielefeld: transcript Verlag.

Treiber, Angela, Kerstin Kazzazi und Marina Jaciuk. 2020. *Migration Übersetzen: Alltags- und Forschungspraktiken des Dolmetschens im Rahmen von Flucht und Migration*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Truschkat, Inga, Manuela Kaiser-Belz und Vera Volkmann. 2011. „Theoretisches Sampling in Qualifikationsarbeiten: Die Grounded-Theory-Methodologie zwischen Programmatik und Forschungspraxis.“ In *Grounded Theory Reader*, hrsg. von Günther Mey und Katja Mruck (2. Auflage), S. 353–380. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Unger, Hella von. 2014. „Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Grundsätze, Debatten und offene Fragen.“ In *Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Reflexivität, Perspektiven, Positionen*, hrsg. von Hella von Unger, Petra Narimani und Rosaline M'Bayo, S. 15–39. Wiesbaden: Springer VS.

Valbuena, Valeria S. M., Sarah Seelye, Michael W. Sjoding, Thomas S. Valley, Robert P. Dickson, Steven E. Gay, Dru Claar, Hallie C. Prescott und Theodore J. Iwashyna. 2022. „Racial bias and reproducibility in pulse oximetry among medical and surgical inpatients in general care in the Veterans Health Administration 2013–19: multicenter, retrospective cohort study.“ *BMJ*, 378:e069775: S. 1–9. DOI: 10.1136/bmj-2021-069775.

Wagner, Lorena, Hannah Kilgenstein und Julius Poppel. 2020. „Über Rassismus in der Medizin – Ein Essay der Kritischen Medizin München“. Zugriff 22.11.2024. <https://kritischemedizinmuenzen.de/ueber-rassismus-in-der-medizin/>.

Wanner, Martina. 2018: „Migration und Gesundheit“. In *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft: Grundlagen – Konzepte – Handlungsfelder*, hrsg. von Beate Blank, Süleyman Gögercin, Karin E. Sauer und Barbara Schramkowski, S. 623–634. Wiesbaden: Springer VS.

Quellenverzeichnis

Edmundts, Corinna und Wulf Rohwedder. 2023. „Warum sich Merz' Aussage nicht halten lässt.“ *Tageschau*, 28 September, Faktenfinder. Zugriff 27.1.2025. <https://www.tagesschau.de/faktenfinder/merz-asylbewerber-zahnarzt-100.html>.

Reuter-Herkner, Christiane. 2020. „Personalmanagement – Der „Halbgott in Weiß“ hat seine Faszination verloren.“ *Ärztstellen: Der Stellenmarkt des Deutschen Ärzteblattes*, 27. August. Zugriff 14.1.2025. <https://aerztstellen.aerzteblatt.de/de/redaktion/personalmanagement-der-halbgott-weiss-hat-seine-faszination-verloren>.

Tagesschau. 2024. „Was ändert sich durch die Krankenhausreform?“ *Tagesschau*, 22. November. Zugriff 27.1.2025. <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/krankenhausreform-abstimmung-bundesrat-100.html>.