

Projektbericht

Rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen in Hamburg

„Es fühlt sich an, als sei Gesundheitsversorgung für Menschen – und Schwarze Menschen nicht gemeint“

Hamburg, Januar 2026

Projekt CARE – Community Action for Racial Equity

Auftragnehmer:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
in Kooperation mit der
Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Hamburg (HAW Hamburg)

Auftraggeberin:

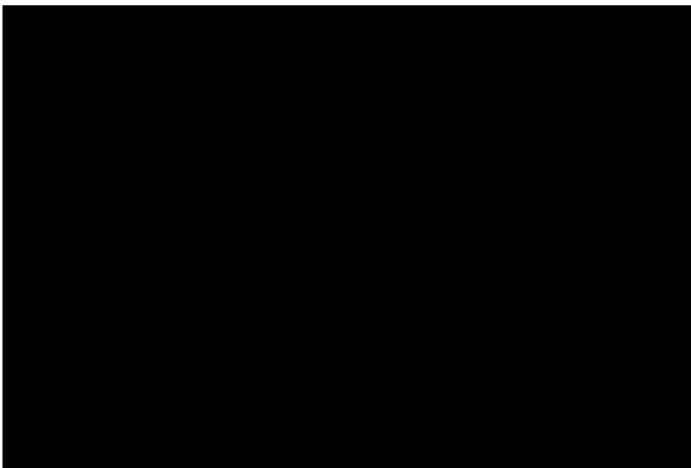
Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales,
Familie und Integration (Sozialbehörde)

Projektleitung:



Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Projektteam:



Kontakt:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Institut und Poliklinik für Medizinische
Psychologie
Martinstraße 52, 20246 Hamburg



Projektorganisation, Governance und Qualitätssicherung

Projektlaufzeit	01/2025 – 12/2025
Governance & Qualitätssicherung	Projektleitung (wissenschaftlich/operativ): UKE – [REDACTED] Qualitätssicherung: Ethikvotum UKE, DSGVO-Konzept, Beiratsfeedback, partizipative Validierung,
Projektbeirat	<u>Zusammensetzung:</u> 7 Mitglieder (Vertreter:innen der Schwarzen Community, Versorgungspraxis, Public Health/Versorgungsforschung, Antidiskriminierung, Selbstorganisationen). <u>Aufgaben:</u> <ul style="list-style-type: none">○ Feedback zu Leitfäden & Erhebungsinstrumenten (vor Feldstart und nach Pilot-FGDs)○ Begleitung der Auswertung (kategoriale Plausibilisierung, kulturelle Validität)○ Beratung zu Transfer & Umsetzung <u>Taktung:</u> Sitzungen zu Meilensteinen (Kick-off – Zwischenergebnis – Ergebnisspiegelung – Policy-Briefing).
Arbeits- und Entscheidungswege	Operatives Kernteam (UKE/HAW): zweiwöchentliche Jour fixes (Status, Risiken, Feldfortschritt). Beirat: Meilensteinbezogene Sitzungen (s. o.). Berichtswesen an Zuwendungsgeber: (Sachstände, Zwischenergebnisse, Endbericht).

Kurzfassung des Projektberichts

„Rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen in Hamburg“

Ausgangslage und Zielsetzung

Der vorliegende Projektbericht „Rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen in Hamburg“ untersucht systematisch das Erleben, die Erscheinungsformen und die gesundheitlichen Folgen rassistischer Diskriminierung im Hamburger Gesundheits- und Versorgungssystem. Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass gesundheitliche Ungleichheiten nicht allein durch individuelles Verhalten oder medizinische Faktoren erklärbar sind, sondern wesentlich durch gesellschaftliche, institutionelle und strukturelle Bedingungen geprägt werden. Erfahrungen rassistischer Diskriminierung stellen dabei einen relevanten, bislang nur unzureichend systematisch erfassten Einflussfaktor auf gesundheitliches Wohlbefinden, Versorgungszugänge sowie das Vertrauen in gesundheitliche Institutionen dar.

Ziel des Projekts war es, diese Erfahrungen aus der Perspektive der Betroffenen sichtbar zu machen, analytisch einzuordnen und empirisch zu verdichten. Der Fokus lag nicht auf der Bewertung einzelner Einrichtungen oder Berufsgruppen, sondern auf der Identifikation wiederkehrender Muster, struktureller Mechanismen und Belastungskonstellationen, die das Erleben von Gesundheitsversorgung im Hamburger Kontext prägen.

Studiendesign und Datengrundlage

Das Projekt CARE basiert auf einem methodisch triangulativen Mixed-Methods-Design, das qualitative und quantitative Erhebungs- und Analyseverfahren systematisch miteinander verbindet. Den Kern der Datenerhebung bildeten leitfadengestützte Fokusgruppeninterviews sowie ergänzende Einzelinterviews mit Schwarzen Menschen, die unterschiedliche soziale Positionierungen, Lebenslagen und Erfahrungen im Hamburger Gesundheits- und Versorgungssystem repräsentieren.

Ergänzend wurden quantitative Kurzfragebögen eingesetzt, die soziodemografische Angaben, gesundheitsbezogene Indikatoren sowie Erfahrungen mit Diskriminierung und Vertrauen in Institutionen erfassten. Hierfür kamen etablierte und validierte Instrumente zum Einsatz, darunter das Minimum European Health Module (MEHM) zur Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands sowie der Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) zur Erfassung psychischer Belastungen. Die quantitativen Daten dienten insbesondere der Kontextualisierung und Cross-Validation der qualitativen Ergebnisse.

Darüber hinaus wurden Daten von weißen Gesundheitsfachkräften sowie weißen Patient:innen erhoben, die in professioneller oder beobachtender Rolle Erfahrungen mit antischwarzer rassistischer Diskriminierung im Hamburger Gesundheitswesen berichteten. Diese Mehrperspektivität ermöglichte eine differenzierte Einordnung institutioneller Routinen und bestätigte zentrale Befundmuster aus Sicht der Betroffenen.

Die Datenerhebung erfolgte in einem geschützten, datenschutzkonformen Rahmen und orientierte sich an anerkannten qualitativen Forschungsstandards. Grundlage bildete zudem ein Community-Based Participatory Research (CBPR)-Ansatz, der eine kontinuierliche Einbindung von Community-Vertreter:innen sowie einen begleitenden Projektbeirat vorsah.

Zentrale Befunde

Die Ergebnisse zeigen, dass rassistische Diskriminierung für viele Schwarze Menschen einen wiederkehrenden Bestandteil ihrer Erfahrungen im Gesundheitswesen darstellt. Diese äußert sich in unterschiedlichen Formen, darunter offene Abwertung, subtile Zuschreibungen, Zweifel an der Glaubwürdigkeit gesundheitlicher Beschwerden sowie strukturelle Barrieren im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung.

Diskriminierungserfahrungen treten häufig intersektional auf und überlagern sich mit weiteren sozialen Positionierungen wie Geschlecht, Behinderung, sozialem Status oder Flucht- und Migrationserfahrung. Diese Überschneidungen führen zu einer Intensivierung von Belastungen und erschweren den Zugang zu angemessener Versorgung zusätzlich.

Gleichzeitig dokumentiert die Studie vorhandene individuelle und kollektive Bewältigungsressourcen, etwa durch soziale Unterstützung innerhalb von Communities, emotionale Resilienz oder solidarisches Handeln einzelner Fachpersonen. Diese Ressourcen tragen zur Stabilisierung bei, können jedoch strukturelle Defizite und institutionelle Verantwortung nicht ersetzen.

Die quantitativen Ergebnisse ergänzen diese Befunde und weisen auf erhöhte psychische Belastungen sowie ein eingeschränktes Vertrauen in gesundheitliche Institutionen hin, insbesondere bei Personen mit wiederholten Diskriminierungserfahrungen.

Einordnung und Relevanz der Ergebnisse

Die Befunde verdeutlichen, dass rassistische Diskriminierung im Hamburger Gesundheitswesen nicht als isoliertes individuelles Problem zu verstehen ist, sondern als struktureller Risikofaktor für Gesundheit und Versorgungssicherheit. Institutionelle Routinen, professionelle Handlungsmuster und eine bislang unzureichende systematische Auseinandersetzung mit Rassismus tragen zur Reproduktion gesundheitlicher Ungleichheiten bei.

Der Bericht liefert eine empirisch fundierte Grundlage für eine differenzierte Betrachtung bestehender Versorgungsstrukturen und trägt zur Versachlichung der Debatte bei, indem subjektive Erfahrungen systematisch analysiert und in ihren institutionellen und gesellschaftlichen Kontext eingeordnet werden.

Inhalt

1.	Einleitung und Projektkontext	8
1.1.	Wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Kontext	8
1.2.	Fragestellung und Zielsetzung.....	12
2.	Methodik.....	14
2.1.	Forschungsdesign	14
2.2.	Studiensetting und Ablauf	14
2.3.	Zielgruppen und Stichprobe	15
2.4.	Rekrutierung.....	16
2.5.	Datenerhebung.....	16
2.6.	Datenanalyse.....	19
2.7.	Ethik	23
3.	Ergebnisse	24
3.1.	Darstellung der Stichprobe.....	24
3.2.	Darstellung der qualitativen Ergebnisse	25
3.3.	Darstellung der quantitativen Ergebnisse	57
4.	Diskussion der Ergebnisse.....	68
4.1.	Zusammenführung qualitativer und quantitativer Ergebnisse.....	68
4.2.	Besonderheiten des Hamburger Kontextes.....	71
4.3.	Einordnung der Ergebnisse.....	71
4.4.	Bedeutung für das Gesundheitssystem in Hamburg.....	72
4.5.	Stärken und Limitationen der Studie.....	73
5.	Schlusswort.....	76
6.	Literaturverzeichnis.....	78

1. Einleitung und Projektkontext

Das Projekt CARE (Community Action for Racial Equity) untersuchte systematisch das Erleben und die Folgen rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen im Bundesland Hamburg. Ziel des Projekts war es, die gesundheitliche Lage Schwarzer Menschen in Hamburg zu erfassen, interpersonelle, institutionelle und strukturelle Benachteiligungen sichtbar zu machen.

Die Datenerhebung wurde vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) in Kooperation mit der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg) durchgeführt. Das Projekt ist eine Auftragsforschung der Sozialbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg, die die wissenschaftliche Untersuchung initiiert und finanziert hat. Die Konzeption des Projekts erfolgte vor dem Hintergrund des Senatsdialogs mit Schwarzen Communities in Hamburg, mit dem Ziel, eine evidenzbasierte Grundlage für zukünftige Maßnahmen gegen Rassismus im Gesundheitswesen zu schaffen.

Grundlage des Projekts ist der Ansatz der Community-Based Participatory Research (CBPR) (CSJCA & NCCPE, 2022), bei dem Community-Forscher:innen aktiv in die Planung, Durchführung und Auswertung eingebunden sind. Die Forschung erfolgt somit nicht über, sondern gemeinsam mit Personen aus den von Rassismus betroffenen Gemeinschaften. Die inhaltliche Begleitung und Mitarbeit durch einen Projektbeirat, bestehend aus Vertreter:innen der Schwarzen Communities sowie Fachpersonen aus Wissenschaft und Praxis, gewährleistet eine kontinuierliche Rückkopplung zwischen wissenschaftlicher Erkenntnisproduktion und gesellschaftlicher Realität.

Wissenschaftlich ist das Projekt CARE an der Schnittstelle von Sozialpsychologie, Gesundheitswissenschaften und Versorgungsforschung angesiedelt. Es untersuchte, wie interpersoneller, institutioneller und struktureller Rassismus die Inanspruchnahme, Qualität und Ergebnisse der gesundheitlichen Versorgung beeinflussten. Methodisch basierte das Projekt auf einem Mixed-Methods-Ansatz aus qualitativen leitfadengestützten Fokusgruppeninterviews (Krueger & Casey, 2015; Liamputtong, 2011) mit verschiedenen Zielgruppen sowie auf einer ergänzenden quantitativen Validierung. Die Auswertung der Fokusgruppeninterviews erfolgte nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015).

1.1. Wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Kontext

Rassismus im Gesundheitswesen manifestiert sich auf mehreren Ebenen. In individuellen Interaktionen, etwa zwischen Patient:innen und Gesundheitsfachpersonal, aber auch in Lehr- und Ausbildungskontexten des Gesundheitspersonals, in institutionellen Routinen und Entscheidungsprozessen sowie in übergeordneten politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Während internationale Studien seit Jahrzehnten die negativen gesundheitlichen Folgen rassistischer Diskriminierung belegen (Paradies et al., 2015; Williams & Mohammed, 2013),

wird dieses Themenfeld in der empirischen Forschung in Deutschland erst seit wenigen Jahren und bislang nur in ersten Ansätzen berücksichtigt.

Rassismus als sozialstrukturelle Determinante von Gesundheit

Im internationalen Diskurs wird Rassismus zunehmend als „Social Determinant of Health“ verstanden, also als gesellschaftlicher Faktor, der die Verteilung von Gesundheitschancen und -risiken wesentlich beeinflusst (Bailey et al., 2017). Rassismus entfaltet seine Wirkung auf mehreren Ebenen:

- Strukturell, indem institutionelle Praktiken und gesundheitspolitische Entscheidungen bestimmte Gruppen systematisch benachteiligen,
- Institutionell, durch ungleiche Zugänge, diskriminierende Routinen oder fehlende Diversitätssensibilität in Versorgungsstrukturen, und
- Interpersonell, in Form direkter oder subtiler Diskriminierungserfahrungen, etwa in der Kommunikation und Interaktion zwischen Patient:innen und Gesundheitsfachpersonal, in Behandlungssituationen sowie in Lehr- und Ausbildungskontexten.

Diese Mechanismen führen nicht nur zu unmittelbaren physischen oder psychischen Belastungen, sondern auch zu einem chronischen Stresssyndrom, das sich langfristig auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlafstörungen, depressive Symptome und andere Gesundheitsindikatoren auswirkt (Gee & Ford, 2011; Lewis et al., 2015).

Forschungslage in Deutschland

In Deutschland liegen bislang nur wenige systematische Untersuchungen zu Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen vor. Eine der frühesten repräsentativen Studien ist der Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Beigang et al., 2017). Die Studie fokussiert nicht explizit rassistische Diskriminierung, sondern erfasst Diskriminierungserfahrungen unter anderem in Bezug auf den Migrationshintergrund als sozialstatistische Kategorie.

Die Ergebnisse zeigen, dass Diskriminierung im Kontext gesundheitsbezogener Versorgung insbesondere in Form sozialer Herabwürdigung (67,5 %) und materieller Benachteiligung (57,7 %) berichtet wird, während körperliche Übergriffe vergleichsweise selten auftreten (3,1 %). Trotz der begrenzten analytischen Trennschärfe in Bezug auf Rassismus liefern diese Befunde wichtige Hinweise auf strukturelle Ungleichheiten und Exklusionserfahrungen im Gesundheitswesen.

Einen neueren und zentralen Beitrag liefert der Nationale Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa) des DeZIM-Instituts. Die Studie *Rassismus und seine Symptome* (DeZIM, 2023) dokumentiert, dass rassifizierte Gruppen im Gesundheitswesen wiederholt Diskriminierung erfahren, beispielsweise durch das Nicht-Ernstnehmen medizinischer Beschwerden, verzögerte Terminvergaben oder die Vermeidung medizinischer Versorgung aus Angst vor weiteren Diskriminierungserfahrungen. Darüber hinaus zeigen Daten des NaDiRa, dass Personen, die gesellschaftlich rassistisch markiert

werden, signifikant häufiger diskriminiert werden als nicht rassifizierte Personen: 54 % berichten von monatlichen Diskriminierungserfahrungen, im Vergleich zu 32 % in der nicht rassifizierten Vergleichsgruppe (Fuchs et al., 2025). Besonders deutlich wird dies bei subtilen Formen rassistischer Diskriminierung, etwa in Form von Angst- und Bedrohungsgefühlen im Kontext von Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen, die unter Schwarzen Menschen überproportional häufig auftreten (DeZIM, 2023).

Trotz der Fortschritte durch den NaDiRa bleibt der Forschungsstand fragmentarisch. Die bestehenden nationalen Studien liefern zwar wichtige Impulse, erfassen jedoch institutionelle und strukturelle Dynamiken im Gesundheitssystem nur begrenzt und erlauben kaum differenzierte Aussagen zu spezifischen regionalen Versorgungskontexten. Zudem fehlt es an systematischen Untersuchungen, die die gesundheitsbezogenen Folgen rassistischer Diskriminierung in Deutschland empirisch quantifizieren. Während internationale Forschung klare Zusammenhänge zwischen rassistischer Diskriminierung, psychischer Gesundheit, chronischem Stress und gesundheitlicher Unterversorgung nachweist (vgl. Gee & Ford, 2011; Paradies et al., 2015), wurden entsprechende Mechanismen im deutschen Gesundheitswesen bislang nur punktuell untersucht.

Insgesamt zeigt sich, dass Rassismus im deutschen Gesundheitswesen sowohl weit verbreitet als auch untererforscht ist. Die vorhandenen Studien verdeutlichen strukturelle Problemlagen, lassen jedoch erhebliche Forschungslücken erkennen – insbesondere im Hinblick auf die systematische Erfassung der Perspektiven rassifizierter Communities und die Analyse gesundheitsbezogener Konsequenzen rassistischer Erfahrungen.

Forschungslage in Hamburg

Trotz der hohen generellen und migrationsbezogenen Diversität Hamburgs als zweitgrößte Stadt Deutschlands existiert bislang kaum systematische Studien zur Situation und den spezifischen Diskriminierungserfahrungen Schwarzer und afrikanisch-diasporischer Menschen im Gesundheitswesen des Bundeslands. Besonders auffällig ist, dass Hamburg als eine der zentralen Metropolregionen Deutschlands mit einer historisch gewachsenen afrikanischen Diaspora zwar demografisch und sozial eine wichtige Rolle spielt, jedoch in nationalen Erhebungen zu Diskriminierung oder gesundheitlicher Ungleichheit die Daten häufig nicht differenziert ausgewertet werden können.

Ein wesentlicher Grund dafür ist die unzureichende Fallzahl für Hamburg in bundesweiten Studien. Sowohl im NaDiRa-Projekt (Nationenbezogene Analysen zu Diskriminierungserfahrungen in Deutschland) als auch im Afrozensus (Aikins et al., 2021), der die bislang größte Befragung Schwarzer, afrikanischer und afrodiaporischer Menschen in Deutschland darstellt, fällt Hamburg häufig mit zu kleinen Stichproben auf, um belastbare regionale Aussagen ableiten zu können. Während diese Studien wichtige Impulse für die deutschlandweite Analyse von Rassismuserfahrungen liefern, zeigen sie zugleich die Grenzen der bundesweiten Datenerhebungen für regional differenzierte Gesundheitsfragen

auf. Hamburg bleibt dadurch – trotz seiner Bedeutung als diverse Großstadt und Bundesland wie auch Wohnort zahlreicher Menschen afrikanischer Herkunft – statistisch unterrepräsentiert.

Gleichzeitig deuten zivilgesellschaftliche Berichte, Community-Initiativen sowie qualitative Hinweise und Erfahrungen aus Beratungsstellen und Selbstorganisationen darauf hin, dass Schwarze Menschen in Hamburg wiederholt rassistische Erfahrungen in medizinischen und gesundheitlichen Kontexten schildern. Diese Hinweise sind jedoch fragmentarisch, oft anekdotisch und nicht im Rahmen systematisch erhobener Daten entstanden. Auch gesundheitsbezogene Monitoringsysteme der Stadt erfassen rassismusbezogene Dimensionen nicht oder nur indirekt, sodass strukturelle Benachteiligungen Schwarzer Menschen im Gesundheitswesen weitgehend unsichtbar bleiben.

Empirische Befunde aus den Schwarzen Communities

Der Afrozensus (Aikins et al., 2021) hat erstmals systematisch die Lebensrealitäten Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland erfasst. Von den Befragten, die in den letzten zwei Jahren Kontakt mit Gesundheits- oder Pflegeeinrichtungen hatten, gaben 65 % an, dort rassistische Diskriminierung erlebt zu haben. Besonders betroffen sind Schwarze Frauen, von denen laut NaDiRa (DeZIM, 2023) 39 % berichten, ihre gesundheitlichen Beschwerden würden nicht ernst genommen oder abgewertet. Diese Erfahrungen haben direkte Folgen für die Versorgungssicherheit und Patient:innenzufriedenheit: Rund 13–14 % der Betroffenen gaben an, aufgrund erlebter Diskriminierung die medizinische Versorgung künftig zu vermeiden oder hinauszuzögern.

Intersektionale und strukturelle Aspekte

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Rassismus selten isoliert auftritt, sondern häufig mit anderen Diskriminierungsdimensionen verschränkt ist – etwa Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status, Migrationserfahrung oder Behinderung (Bartig et al., 2021). So erfahren etwa zwei Drittel der Schwarzen cis Frauen (cis = Personen, deren bei der Geburt zugewiesenes Geschlecht mit ihrer Geschlechtsidentität übereinstimmt) Diskriminierung im Gesundheitssystem, während die Rate bei Schwarzen cis Männern bei rund der Hälfte liegt. Besonders hoch sind die Werte bei trans, inter- oder behinderten Schwarzen Menschen (über 80 %) (Aikins et al., 2021). Diese Überschneidungen führen zu einer mehrdimensionalen Verwundbarkeit, die gesundheitliche Ungleichheiten weiter vertieft.

Institutionelle Barrieren und fehlende Beschwerdestrukturen

Darüber hinaus zeigen Daten der Antidiskriminierungsstelle, dass nur 16 % der gemeldeten Diskriminierungsfälle im Gesundheitswesen zu positiven Konsequenzen führen. In über der Hälfte der Fälle (51,5 %) bleibt eine Beschwerde folgenlos und in 11,5 % der Fälle verschlechtert sich die Situation für Betroffene nach einer Meldung sogar (Beigang et al., 2017). Diese Zahlen verdeutlichen gravierende Defizite in bestehenden Beschwerde- und Schutzmechanismen. Fehlende Diversitäts- und Antirassismusstrukturen in Kliniken und Praxen verstärken das Gefühl institutioneller Unsicherheit und Gleichgültigkeit gegenüber Diskriminierungserfahrungen.

Europäische Vergleichsperspektive

Die Studie *Being Black in the EU* der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA, 2024) bestätigt, dass Deutschland zu den EU-Staaten mit den höchsten Erfahrungswerten für Anti-Schwarzen Rassismus zählt – insbesondere im Bereich Gesundheitsversorgung. Betroffene berichten von fehlender Repräsentation, unangemessener Kommunikation, Ungleichbehandlung bei Diagnosen und Therapien sowie einem Vertrauensdefizit gegenüber medizinischen Institutionen.

Diese Befunde unterstreichen, dass Rassismus im Gesundheitswesen kein individuelles Fehlverhalten, sondern ein strukturelles und systemisches Problem ist. Er beeinflusst nicht nur individuelle Gesundheitschancen, sondern auch die Effizienz und Gerechtigkeit des gesamten Versorgungssystems. Fehlendes Vertrauen, wiederholte Diskriminierungserfahrungen und mangelnde Sensibilität in der Ausbildung medizinischer Fachkräfte führen dazu, dass ganze Bevölkerungsgruppen unterversorgt bleiben und bestehende gesundheitliche Ungleichheiten reproduziert werden.

Vor diesem Hintergrund leistet das Projekt CARE einen entscheidenden Beitrag zur Schließung dieser Forschungslücke. Es liefert erstmals detaillierte, lokal kontextualisierte Daten zur gesundheitlichen Lage Schwarzer Menschen in Hamburg und schafft damit eine empirische Grundlage für strukturelle Veränderungsprozesse, politische Strategien und institutionelle Reformen zur Förderung von Gerechtigkeit, Teilhabe und Gesundheit.

1.2. Fragestellung und Zielsetzung

Das Projekt CARE untersuchte, wie Schwarze Menschen in Hamburg Rassismus im Gesundheitswesen erleben, welche Folgen diese Erfahrungen für ihre Gesundheit und ihr Vertrauen in medizinische Institutionen haben und welche Veränderungen aus Sicht der Betroffenen notwendig sind, um Diskriminierung abzubauen.

Die Untersuchung folgte einem partizipativen Forschungsansatz und setzte qualitative Fokusgruppeninterviews ein, um die Perspektiven Schwarzer Menschen sichtbar zu machen. Dabei standen persönliche Erfahrungen, strukturelle Barrieren und mögliche Lösungswege gleichermaßen im Fokus.

Forschungsleitende Fragen

Die zentrale Forschungsfrage lautete:

Wie erleben Schwarze Menschen Rassismus im Gesundheitswesen in Hamburg und welche Auswirkungen haben diese Erfahrungen auf ihr Wohlbefinden und ihre Inanspruchnahme medizinischer Leistungen?

Zur Beantwortung dieser Kernfrage wurden folgende Teilaspekte untersucht:

1. Erfahrungen und Wahrnehmungen: Wie zeigt sich Rassismus in gesundheitsbezogenen Behandlungs-, Versorgungs- und Betreuungssituationen, und welche konkreten Formen (z. B. sprachliche, interaktionale, organisationale) nehmen Schwarze Menschen wahr?
2. Strukturelle Bedingungen: Welche institutionellen Hürden erschweren Schwarzen Patient:innen, Beschäftigten sowie Studierenden im Gesundheitswesen den Zugang zu einer gerechten und anerkennungsbasierten Gesundheitsversorgung?
3. Intersektionale Dimensionen: Wie wirken weitere soziale Dimensionen – etwa Geschlecht, Religion, sozioökonomischer Status oder Aufenthaltsstatus, auf Rassismuserfahrungen Schwarzer Menschen im Gesundheitswesen?
4. Umgang und Bewältigung: Wie gehen Betroffene mit Diskriminierungserfahrungen um, und welche Formen von Unterstützung, Schutz oder Empowerment werden als hilfreich erlebt?
5. Veränderungsbedarf und Handlungsperspektiven: Welche Maßnahmen und strukturellen Reformen werden aus Sicht Schwarzer Patient:innen, Beschäftigter und Studierender als notwendig erachtet, um Rassismus im Gesundheitswesen wirksam zu adressieren?

Zielsetzung

Die Datenerhebung verfolgt drei miteinander verbundene Ziele:

- Erkenntnisziel: Systematische Analyse der Erfahrungen von Schwarzen Menschen, um Formen, Ursachen und Folgen rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen zu identifizieren.
- Empowermentziel: Stärkung der Perspektiven und Stimmen der Schwarzen Communities als zentrale Akteur:innen bei der Gestaltung eines gerechteren Gesundheitssystems.

Durch die Verbindung von wissenschaftlicher Analyse und gesellschaftlicher Partizipation leistet das Projekt CARE einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit und zur nachhaltigen Sensibilisierung institutioneller Strukturen in Hamburgs Gesundheitswesen.

2. Methodik

2.1. Forschungsdesign

Das Projekt CARE folgt dem Ansatz der Community-Based Participatory Research (CBPR), um sicherzustellen, dass die Forschung zielgruppenorientiert und kontextuell relevant ist und die Bedürfnisse und Bedarfe Schwarzer Personen sowie verschiedener relevanter Stakeholder des deutschen Gesundheitssystems in Hamburg einbezieht/ adressiert. Dieser Ansatz eignet sich insbesondere für vulnerable Gruppen (CSJCA & NCCPE, 2022).

Der partizipative Ansatz betont die Zusammenarbeit mit den Mitgliedern der Communities in jeder Phase des Forschungsprozesses, von der Konzeption bis zur Interpretation der Ergebnisse. Ein zentraler Bestandteil des Projekts war der Einbezug von Community-Forscher:innen sowie von Mitgliedern Schwarzer Communities in Hamburg. Diese waren im Projektbeirat vertreten, der das Projekt kontinuierlich begleitete. In regelmäßigen Sitzungen brachten die Community-Mitglieder unter anderem ihre Perspektiven in die Entwicklung und Schärfung des Leitfadens für die Fokusgruppeninterviews ein, diskutierten Fallbeispiele aus der Praxis, reflektierten zentrale Begriffe und Kategorien und unterstützten die kontextuelle Einordnung sowie Interpretation der empirischen Ergebnisse. Dadurch wurde sichergestellt, dass die Analyse nicht nur wissenschaftlich fundiert, sondern auch lebensweltlich anschlussfähig ist. Deren Einbindung sollte sicherstellen, dass die Datenerhebung sensibel gegenüber den gelebten Erfahrungen der Teilnehmenden bleibt und dass die Interviewfragen den Perspektiven und Herausforderungen der Schwarzen Communities entsprechen. Dieses Vorgehen erhöht die Qualität der erhobenen Daten.

Die Studie wurde als qualitative Fokusgruppenuntersuchung konzipiert, um die individuellen und kollektiven Erfahrungen Schwarzer Menschen mit Rassismus im Gesundheitswesen in Hamburg zu erfassen und in ihrem sozialen wie institutionellen Kontext zu verstehen.

Durch die Kombination von wissenschaftlicher Expertise, Community-Erfahrung und institutionellen Perspektiven, schafft der CBPR-Ansatz eine Brücke zwischen Wissenschaft, Praxis und Politik.

2.2. Studiensetting und Ablauf

Die Datenerhebung wurde in Hamburg in barrierearmen Räumen an der HAW Hamburg durchgeführt. Die Fokusgruppeninterviews dauerten durchschnittlich etwa 90 Minuten und wurden von einer geschulten Moderator:in geleitet, unterstützt durch eine Assistenzperson aus dem Projektteam.

Die Gespräche wurden per Audiorekorder aufgezeichnet, vollständig transkribiert und pseudonymisiert. Vor Beginn der Diskussionen erhielten die Teilnehmenden ein Informationsblatt zum Datenschutz, zur Aufklärung und Einwilligungserklärung, eine kurze Einführung in das Projekt sowie einen soziodemografischen Fragebogen, der neben soziodemografischen Daten auch Informationen zum Gesundheitsstatus, zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie zu

Diskriminierungserfahrungen erfasst. Diese Daten ermöglichen eine ergänzende Kontextualisierung für die qualitative Auswertung.

2.3. Zielgruppen und Stichprobe

Für die Fokusgruppeninterviews wurden acht verschiedene Zielgruppen ausdifferenziert, die im Folgenden kurz dargestellt werden:

1. Schwarze Patient:innen, die in den letzten zwölf Monaten von eine:r weißen Ärzt:in bzw. einer weißen Fachkraft im Gesundheitswesen ambulant oder stationär behandelt wurden bzw. Leistungen/Angebote des Gesundheitswesens in Anspruch genommen haben
2. Weiße Ärzt:innen und Fachkräfte bzw. Tätige in weiteren Gesundheitsberufen, die in den letzten zwölf Monaten eine:n Schwarze:n Patient:in ambulant oder stationär behandelt haben
3. Schwarze Ärzt:innen, die in den letzten zwölf Monaten eine:n weiße:n Patient:in ambulant oder stationär behandelt haben
4. Weiße Patient:innen, die in den letzten zwölf Monaten von eine:r Schwarzen Ärzt:in ambulant oder stationär behandelt wurden
5. Schwarze Menschen in weiteren Gesundheitsberufen (z. B. in der Pflege), die in den letzten zwölf Monaten eine:n weiße:n Patient:in ambulant oder stationär behandelt haben
6. Schwarze Menschen im Medizinstudium oder in einem gesundheitswissenschaftlichen Studium sowie Auszubildende und Lehrpersonal in Gesundheitsberufen
7. Schwarze Menschen, die psychologische Hilfe und Unterstützung suchen (z. B. bei eine:r niedergelassenen Psycholog:in oder bei Beratungsstellen).
8. Schwarze Menschen als Angehörige ggf. besonders vulnerabler Gruppen, wie z. B. geflüchtete Menschen, Asylbewerber:innen, Menschen im Sozialleistungsbezug, Menschen mit Behinderungen, queere Menschen etc.

Eingeschlossen wurden grundsätzlich alle einwilligungsfähigen Interessent:innen aus den oben genannten Zielgruppen, die über 18 Jahre alt und zu einer Teilnahme bereit waren, bis die vorgesehene Teilnehmer:innenzahl erreicht war.

Patient:innen wurden eingeschlossen, wenn sie in den letzten zwölf Monaten in Hamburg Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch genommen haben und sich in keinem akuten Stadium einer physischen oder psychischen Erkrankung befanden, wodurch sie durch die Studienteilnahme zusätzlich belastet werden könnten. Ausschlusskriterien waren, wenn in den letzten zwölf Monaten keine Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch genommen wurden und wenn ein akutes Stadium einer physischen oder psychischen Erkrankung vorlag.

Ärzt:innen wurden eingeschlossen, wenn sie mindestens ein Jahr Berufserfahrung im Gesundheitswesen in Hamburg hatten. Weiße Ärzt:innen wurden eingeschlossen, wenn sie beruflichen Kontakt zu

Schwarzen Patient:innen in Hamburg hatten, und entsprechend ausgeschlossen, wenn sie keine Erfahrung mit der Versorgung Schwarzer Patient:innen in Hamburg hatten.

2.4. Rekrutierung

Für die Rekrutierung von Teilnehmenden der geplanten Zielgruppen für Fokusgruppeninterviews wurden verschiedene Wege genutzt. So wurde zum einen auf bestehende Netzwerke und Kontakte der Mitarbeitenden zurückgegriffen. Zum anderen wurde eine umfangreiche Recherche zu relevanten Stakeholdern und Multiplikator:innen für den Raum Hamburg durchgeführt und die entsprechenden Kontakte in einer Rekrutierungsliste dokumentiert. Des Weiteren wurde der Projektbeirat in die Rekrutierung einbezogen und die Beiratsmitglieder nutzten wiederum ihre Kontakte und Netzwerke.

Die Rekrutierung erfolgte, neben der persönlichen Ansprache bestehender Kontakte, hauptsächlich durch die strategische (analoge und digitale) Verteilung von Flyern und Postern sowie durch die Kontaktaufnahme und die Bewerbung des Forschungsvorhabens mittels eines Infoschreibens per E-Mail an die recherchierten Stakeholder und Multiplikator:innen.

Die Flyer wurden in deutscher und englischer Sprache verfasst und enthielten alle notwendigen Informationen zum Forschungsvorhaben und zur Beteiligung an den Fokusgruppeninterviews, darunter eine kurze Projekt- und Zielbeschreibung, die gesuchten Zielgruppen, Kontaktdaten sowie einen QR-Code und einen Link zur Anmeldung für die Teilnahme.

Zur Nachsteuerung der Rekrutierung wurden noch einmal zielgruppenspezifische Flyer erstellt und verteilt, die jene konkreten Zielgruppen ansprachen, die bis dato in der Datenerhebung noch unterrepräsentiert waren.

2.5. Datenerhebung

2.5.1. Erhebungsmethode: Fokusgruppeninterviews

Zur Datenerhebung wurde die Methode der Fokusgruppeninterviews (FG) gewählt, da sie sich im Bereich der gesundheitlichen Versorgung besonders gut eignet, um die verschiedenen relevanten Stakeholder einzubeziehen und das Themenfeld sowie die darin bestehenden Bedarfe und Bedürfnisse der jeweiligen Stakeholder besser zu verstehen (Krueger & Casey, 2015; Liamputtong, 2011). Zudem können FG in diesem Kontext dazu dienen, im Anschluss z. B. Maßnahmen, Policies und Programme zu entwickeln, zu testen und nach der Durchführung zu evaluieren.

Die FG wurden auf Basis eines dafür erarbeiteten Interviewleitfadens geführt (s. Anhang I), der die verschiedenen Dimensionen von Rassismus und weiteren Diskriminierungserfahrungen Schwarzer Menschen in der Gesundheitsversorgung abbildet. Bei der Erstellung des Leitfadens wurden Aspekte aus den bestehenden Daten des NaDiRa (DeZIM, 2023) in besonderem Maße zur Vergleichbarkeit der erhobenen Daten berücksichtigt.

Die Teilnahme an den FG war freiwillig. Interessierte Personen konnten sich über eine kurze Umfrage auf dem Portal LimeSurvey anmelden, indem sie dort ihre Kontaktdaten hinterließen, ihre Zugehörigkeit zu einer oder mehreren Zielgruppen auswählten und in die Datenerhebung einwilligten. Ein ausführliches Informationsblatt mit dem Studienhintergrund, Datenschutzinformationen und Einwilligungserklärung stand (in deutscher und englischer Sprache) zum Download bereit.

Die Fokusgruppeninterviews (FG) wurden jeweils von einer Person aus dem Projektteam moderiert; in der Regel war ein weiteres Teammitglied zur Unterstützung und Assistenz der Moderation anwesend. Die FG wurden in deutscher und englischer Sprache durchgeführt. In einzelnen Gruppen wurden beide Sprachen parallel verwendet; die Interviewfragen wurden in diesen Fällen entsprechend situativ übersetzt. Darüber hinaus lagen die Interviewleitfäden in einer vorab übersetzten englischen Version vor und wurden bei Bedarf eingesetzt. Zur Gewährleistung eines barrierearmen Zugangs wurden zudem sowohl die Rekrutierungsinformationen als auch die Studieninformationen in deutscher, englischer und französischer Sprache bereitgestellt. Die Teilnehmenden (TN) wurden zu Beginn des Interviews auf die Freiwilligkeit der Teilnahme sowie auf die Möglichkeit, das Interview jederzeit zu verlassen oder zu unterbrechen, hingewiesen. Die FG fanden in Räumlichkeiten der HAW Hamburg statt. Die TN erhielten einen 30-Euro-Gutschein als Aufwandsentschädigung.

Die Interviews wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Anschließend wurden die Aufnahmen mit der Transkriptionssoftware noScribe transkribiert, die die Daten ausschließlich lokal auf verschlüsselten Geräten des UKE verarbeitet und nicht auf den Server des Softwareanbieters überträgt. Die Aufnahmen wurden anschließend durchgehört und dabei wurden die per noScribe erstellten Transkripte korrigiert sowie pseudonymisiert. Für die Pseudonymisierung wurden entsprechende Protokolle angelegt, die auf den verschlüsselten Geräten des UKE abgelegt wurden.

2.5.2. Erhebungsinstrument: Fokusgruppenleitfaden

Der Leitfaden für die FG wurde auf Grundlage von aktueller Forschung (Afrozensus, NaDiRa, FRA) und Feedback des Projektsbeirats und der Communities entwickelt. Er umfasst folgende Themenbereiche:

1. Wahrnehmung und Formen rassistischer Diskriminierung
2. Strukturelle Barrieren und institutionelle Ungleichbehandlung
3. Intersektionale Einflussfaktoren (z. B. Geschlecht, soziale Lage, Aufenthaltsstatus)
4. Strategien im Umgang mit Diskriminierungserfahrungen
5. Veränderungswünsche und Lösungsansätze

Für Schwarze Teilnehmende und weiße Teilnehmende wurde derselbe Fokusgruppenleitfaden verwendet. Dies gewährleistet inhaltliche Vergleichbarkeit und ermöglicht eine systematische Analyse sowohl gruppenspezifischer als auch gruppenübergreifender Perspektiven.. Der Leitfaden wurde

lediglich in den Formulierungen der Interviewfragen an die einzelnen Zielgruppen angepasst – z. B. hinsichtlich des eigenen Erlebens rassistischer Diskriminierung von Schwarzen Personen gegenüber der Beobachtung von rassistischer Diskriminierung durch weiße Personen. Jedes Fokusgruppeninterview begann mit einer offenen Einstiegsfrage („Wie erleben bzw. beobachten Sie Rassismus im Gesundheitswesen?“) und führte entlang der Leitfadenfragen zu den oben genannten Themenbereichen anschließend zu tiefergehenden Diskussionen über strukturelle Aspekte, individuelle Erfahrungen und gewünschte Veränderungen (s. Anhang I).

2.5.3. Erhebungsmethode: Einzelinterviews

Ursprünglich war vorgesehen, die Datenerhebung ausschließlich im Rahmen von Fokusgruppendifkussionen (FG) durchzuführen (s. Kap. 2.5.1.). Aufgrund erheblicher praktischer Herausforderungen bei der Terminfindung sowie der eingeschränkten zeitlichen Verfügbarkeit potenzieller Teilnehmender wurde methodisch begründet entschieden, die Datenerhebung mit leitfadengestützten Einzelinterviews zu ergänzen, um möglichst viele der bis dato noch lückenhaft vertretenen Perspektiven aufnehmen zu können.

Die Entscheidung für ergänzende Einzelinterviews ermöglichte eine flexiblere Organisation der Erhebung und trug dazu bei, Barrieren für die Teilnahme zu reduzieren. Zugleich bot dieses Format den Teilnehmenden einen geschützten Raum, um persönliche Erfahrungen mit rassistischer Diskriminierung offen und ohne weitere soziale Einflussfaktoren zu schildern – ein entscheidender Aspekt bei potenziell sensiblen und vulnerabilitätsbezogenen Themen.

Die Einzelinterviews wurden entlang des Fokusgruppenleitfadens (s. Kap. 2.5.2.) geführt. Sie fanden überwiegend persönlich statt; einzelne Gespräche wurden telefonisch oder digital durchgeführt, wenn dies den Zugang erleichterte. Die Einzelinterviews wurden den Fokusgruppeninterviews entsprechend aufgezeichnet, transkribiert und pseudonymisiert.

2.5.4. Beobachtungsprotokolle

Die Moderation bzw. Assistenz der Moderation hielt nonverbale Dynamiken, emotionale Reaktionen und relevante Gruppenkontexte während der Fokusgruppen- und Einzelinterviews in Beobachtungsprotokollen fest, um die qualitative Analyse um eine vertiefte kontextuelle Dimension zu erweitern. Diese Protokolle wurden in die Auswertung einbezogen, indem sie zur Kontextualisierung und Differenzierung der kodierten Interviewaussagen herangezogen wurden, insbesondere bei der Interpretation emotional aufgeladener oder ambivalenter Passagen. Zudem dienten sie der Reflexion gruppensdynamischer Prozesse und unterstützten die interpretative Absicherung zentraler Kategorien.

2.5.5. Erhebungsinstrument: Kurzfragebogen

Vor Beginn jedes Fokusgruppen- bzw. Einzelinterviews wurde von allen Teilnehmenden ein Fragebogen ausgefüllt, der soziodemografische Daten (u. a. Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Erwerbstätigkeit,

Haushalts- und Sorgekonstellationen), Angaben zur gesundheitlichen Situation sowie zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und zu Diskriminierungserfahrungen erfasst (s. Anhang II).

Zur Erhebung gesundheitsbezogener Indikatoren wurden etablierte und validierte Instrumente herangezogen bzw. adaptiert. Hierzu zählen insbesondere das Minimum European Health Module (MEHM) zur Selbsteinschätzung des allgemeinen und körperlichen Gesundheitszustands sowie der Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) zur Erfassung psychischer Belastungen (Angst- und Depressionssymptome). Die soziodemografischen Fragen wie die Fragen zu Diskriminierungserfahrungen und Vertrauen in Institutionen orientierten sich inhaltlich an Erhebungen des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors (NaDiRa) sowie am Afrozensus (Aikins et al., 2021), um Vergleichbarkeit mit bestehenden Studien zu gewährleisten.

Der Fragebogen wurde in deutscher und englischer Sprache bereitgestellt, um sprachliche Zugangshürden zu minimieren. Diese Daten dienen der Cross-Validation der qualitativen Ergebnisse

2.6. Datenanalyse

Die Datenanalyse im Projekt CARE folgte einem methodisch triangulativen Ansatz, der qualitative und quantitative Verfahren systematisch miteinander verbindet. Ziel ist es, rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen sowohl in ihrer subjektiven Erfahrungsdimension als auch in ihren strukturellen und verteilungsbezogenen Mustern differenziert abzubilden.

Die qualitative Analyse ermöglicht eine vertiefte Rekonstruktion von Bedeutungszuschreibungen, Deutungsmustern und Handlungskontexten aus der Perspektive der Teilnehmenden. Ergänzend dazu dient die quantitative Auswertung der Rahmendaten und standardisierter Skalen der deskriptiven Einordnung, der Vergleichbarkeit zwischen Gruppen sowie der kontextualisierenden Validierung der qualitativen Befunde.

Beide Analysezugänge werden nicht isoliert verstanden, sondern aufeinander bezogen: Quantitative Ergebnisse liefern Hinweise auf Häufigkeiten, Belastungsniveaus und strukturelle Unterschiede, während die qualitativen Daten diese Muster erklären, vertiefen und in ihren sozialen und institutionellen Zusammenhängen interpretierbar machen. Auf diese Weise entsteht ein integriertes Analysekonzept, das sowohl die Komplexität individueller Erfahrungen als auch systemische Ungleichheiten im Gesundheitswesen sichtbar macht. Die folgenden Abschnitte stellen zunächst die qualitative Auswertung und anschließend die quantitative Auswertung der erhobenen Daten getrennt dar.

2.6.1. Qualitative Auswertung

Die Auswertung der erhobenen qualitativen Daten erfolgte nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) unter Verwendung der Analysesoftware MAXQDA. Ziel ist eine

systematische und nachvollziehbare Verdichtung der Aussagen, um Muster, Strukturen und Bedeutungszusammenhänge sichtbar zu machen.

Kodierung und Kategorienbildung

Auf Grundlage des Interviewleitfadens wurde zunächst ein deduktiver Kodierleitfaden entwickelt, der zentrale theoretische und forschungsleitende Kategorien umfasste. Dieses deduktive Kategoriensystem bildete die Ausgangsstruktur für die systematische Erfassung der Aussagen.

Im Verlauf der Analyse wurde das Kodiersystem induktiv erweitert, indem zusätzliche Kategorien und Subkategorien aus dem tatsächlichen Datenmaterial heraus entwickelt wurden. Diese Erweiterung erfolgte immer dann, wenn Textsegmente nicht hinreichend durch die deduktiven Kategorien abbildbar waren oder neue thematische Muster erkennbar wurden. Dadurch entstand ein kombiniertes deduktiv-induktives Kategoriensystem, das sowohl die theoretischen Erwartungen als auch die empirischen Besonderheiten des Materials berücksichtigt.

Die Kodierung erfolgte unabhängig durch zwei Forschende nach dem Prinzip des Double Coding. Anschließend wurde die Intercoder-Reliabilität überprüft, um die Konsistenz und Objektivität der Kategorienanwendung sicherzustellen. Unterschiede in den Kodierungen wurden im weiteren Analyseprozess systematisch überprüft und in der finalen Version des Kategoriensystems konsensual zusammengeführt.

Synthese und Ergebnisaufbereitung

Die qualitative Synthese der Ergebnisse erfolgt auf Grundlage des finalen deduktiv-induktiven Kategoriensystems und zielt auf eine systematische Verdichtung, Strukturierung und interpretative Zusammenführung der kodierten Interview- und Fokusgruppendaten. Ziel ist es, über die Analyse einzelner Aussagen hinaus übergreifende Muster, zentrale Themenfelder und strukturelle Zusammenhänge im Erleben rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen herauszuarbeiten.

Nach Abschluss der Kodierung wurden alle kodierten Textsegmente innerhalb der jeweiligen Haupt- und Subkategorien vergleichend ausgewertet. Dabei wurden inhaltliche Gemeinsamkeiten, wiederkehrende Deutungsmuster sowie kontrastierende Perspektiven zwischen unterschiedlichen Zielgruppen identifiziert. Die Analyse erfolgte kategoriegeleitet, jedoch stets offen für querschnittliche Bezüge zwischen Kategorien, um Wechselwirkungen zwischen individuellen, institutionellen und strukturellen Ebenen sichtbar zu machen.

Für jede Hauptkategorie wurden zentrale Themenkerne herausgearbeitet und zu analytischen Narrativen verdichtet. Diese Narrative basieren auf der systematischen Zusammenführung inhaltlich ähnlicher Kodierungen und werden durch ausgewählte, repräsentative Interviewzitate illustriert (s. Anhang III). Die Zitate dienen nicht als Einzelfallbelege, sondern als Ankerbeispiele, die typische Erfahrungen, Deutungen oder Handlungsweisen exemplarisch sichtbar machen.

Die Ergebnisdarstellung folgt einer thematischen Logik, die sich an den Hauptkategorien des Kodierschemas orientiert. Innerhalb der Kategorien werden relevante Unterkategorien integriert dargestellt, um sowohl die Breite als auch die Differenziertheit der erhobenen Erfahrungen abzubilden. Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Zielgruppen werden dort aufgegriffen, wo sie sich aus dem Material klar ergeben, ohne eine vergleichende Quantifizierung vorzunehmen.

Die qualitative Ergebnisaufbereitung ist damit bewusst deskriptiv-interpretativ angelegt. Sie zielt nicht auf Verallgemeinerung oder Häufigkeitslogiken, sondern auf das Verständnis der Bedeutungen, Mechanismen und strukturellen Bedingungen, unter denen rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen erlebt, beobachtet und bearbeitet wird. Dieses Vorgehen stellt sicher, dass die Perspektiven der Teilnehmenden in ihrer Komplexität und Kontextgebundenheit sichtbar bleiben.

2.6.2. Quantitative Auswertung

Die quantitative Auswertung dient der deskriptiven Darstellung der Teilnehmendenstruktur, der Einordnung gesundheitlicher und psychosozialer Belastungen sowie der kontextualisierenden Ergänzung der qualitativen Ergebnisse. Ziel ist es nicht, kausale Zusammenhänge zu prüfen, sondern zentrale Merkmalsverteilungen, Unterschiede zwischen Gruppen und strukturelle Muster sichtbar zu machen, die zur Interpretation der qualitativen Befunde beitragen.

Datenaufbereitung und Auswertungsverfahren

Die quantitativen Daten wurden mit der Statistiksoftware SPSS (Version 29) ausgewertet. Die Analyse erfolgte primär deskriptiv. Berechnet wurden absolute und relative Häufigkeiten, Mittelwerte sowie – sofern sinnvoll – einfache Verteilungen nach Teilgruppen (z. B. Schwarze vs. weiße Teilnehmende).

Auf inferenzstatistische Verfahren wurde bewusst verzichtet, da die Stichprobe nicht repräsentativ ist und die quantitative Erhebung primär eine kontextualisierende und validierende Funktion innerhalb des Mixed-Methods-Designs erfüllt.

Fehlende Werte wurden dokumentiert und bei der Auswertung transparent ausgewiesen. Aufgrund der geringen Fallzahlen einzelner Untergruppen wurden keine weiteren statistischen Aggregationen vorgenommen, um Verzerrungen zu vermeiden.

Funktion der quantitativen Ergebnisse im Gesamtprojekt

Die quantitativen Ergebnisse erfüllen im Projekt CARE drei zentrale Funktionen:

1. Kontextualisierung der qualitativen Befunde: Die Rahmendaten ermöglichen es, qualitative Aussagen zu sozialer Lage, gesundheitlicher Belastung und Versorgungssituation einzuordnen und strukturelle Muster sichtbar zu machen.

2. Deskriptive Validierung: Häufigkeiten zu Diskriminierungserfahrungen, psychischer Belastung und Inanspruchnahme des Gesundheitssystems dienen als ergänzende Evidenz für die in den Interviews geschilderten Erfahrungen.
3. Vergleichende Einordnung: Die getrennte Darstellung von Schwarzen und weißen Teilnehmenden ermöglicht eine vorsichtige vergleichende Perspektive auf Unterschiede in Lebenslagen, Gesundheitszustand und institutionellem Vertrauen, ohne diese als repräsentative Aussagen zu interpretieren.

Die quantitativen Ergebnisse werden in Kapitel 3.3 dargestellt und in der Diskussion (Kapitel 4) systematisch mit den qualitativen Befunden zusammengeführt. Auf diese Weise trägt die quantitative Analyse wesentlich dazu bei, rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen nicht nur als individuelles Erleben, sondern auch als strukturierte und sozial eingebettete Realität sichtbar zu machen.

2.6.3. Cross-Validation und Datenkonsistenz

Zur Sicherung der internen Konsistenz der qualitativen Daten wurde ein mehrstufiges Validierungsverfahren angewendet. Erstens füllten alle Teilnehmenden vor Beginn der Fokusgruppen einen Kurzfragebogen aus, der soziodemografische Angaben sowie Skalen zur wahrgenommenen Diskriminierung und zum allgemeinen Gesundheitszustand erfasste (angelehnt an den Afrosensus 2020; Aikins et al., 2021). Diese quantitativen Angaben wurden in SPSS analysiert und anschließend systematisch mit den qualitativen Ergebnissen verglichen, um Übereinstimmungen, abweichende Muster sowie ergänzende Interpretationshinweise zu identifizieren (Sánchez-Guardiola Paredes et al., 2021). Zweitens wurde die interne Konsistenz der qualitativen Auswertung zusätzlich durch ein Double-Rater-Verfahren überprüft: Alle Transkripte wurden unabhängig voneinander von zwei geschulten Forschenden kodiert. Anschließend wurde die Intercoder-Reliabilität berechnet, indem für jedes Interviewtranskript Cohens Kappa herangezogen wurde. Dieses Maß berücksichtigt zufallsbedingte Übereinstimmungen und stellt den etablierten Standard zur Bestimmung der Übereinstimmung zwischen Kodierenden bei kategorialen Daten dar. Kodierungsunterschiede wurden in einem strukturierten Konsensverfahren diskutiert, bis eine gemeinsame Kodierungsversion vorlag, die für die weitere Analyse herangezogen wurde. Für die Interpretation der Kappa-Werte wurden etablierte Schwellenwerte verwendet ($\kappa < 0,40$ = geringe, $0,40-0,60$ = moderate, $0,60-0,75$ = gute und $> 0,75$ = sehr gute Übereinstimmung).

Durch die Kombination dieser beiden Validierungsansätze – Cross-Validation mit quantitativen Selbstauskünften der Teilnehmenden und unabhängige Doppelkodierung der Interviewdaten – konnte die Konsistenz, Nachvollziehbarkeit und Robustheit der Ergebnisse methodisch breit abgesichert werden.

2.7. Ethik

Die Datenerhebung erfolgte nach Genehmigung durch das Ethikkomitee des UKE (Votum LPEK-0924). Das Projekt orientierte sich an den grundlegenden medizinethischen Prinzipien – Achtung der Autonomie, Nichtschädigung, Fürsorge und Gerechtigkeit – sowie an den ethischen Leitlinien der Deklaration von Helsinki. Alle Datenschutzrichtlinien (DSGVO) wurden eingehalten.

Besondere Aufmerksamkeit galt dem psychischen Wohlbefinden der Teilnehmenden. In Fokusgruppeninterviews, in denen sensible Themen zu erwarten waren (z. B. psychische Belastungen oder Traumata), wurde die Vermittlung an eine psychologische Unterstützung angeboten. Teilnehmende konnten jederzeit Pausen einlegen oder das Gespräch abbrechen.

Anonymität und Freiwilligkeit wurden durch ein klar kommuniziertes Einverständniskonzept gewährleistet. Alle Daten wurden verschlüsselt gespeichert und ausschließlich zu Forschungszwecken verwendet.

3. Ergebnisse

3.1. Darstellung der Stichprobe

Die Studie folgt einem konsequent communitybasierten Forschungsansatz, bei dem das Erfahrungswissen Schwarzer Menschen im Gesundheitssystem den Ausgangspunkt bildet. Ziel war es, rassistische Diskriminierung nicht nur anhand persönlicher Erfahrungen abzubilden, sondern auch zu verstehen, wie diskriminierende Situationen im Versorgungsalltag beobachtet, eingeordnet und reproduziert werden. Daher wurden sowohl Schwarze Personen als mutmaßlich betroffene Nutzer:innen des Gesundheitssystems als auch weiße Personen einbezogen, die Diskriminierung in professionellen, ausbildenden oder patientenseitigen Kontexten beobachten oder mitgestalten. Auf diese Weise wird sichtbar, wo Diskriminierung erlebt wird und wie sie im System normalisiert, problematisiert oder fortgeführt wird.

Insgesamt nahmen N = 52 Personen an der Studie teil (37 Schwarze Personen; 15 weiße Personen). 73,1 % identifizierten sich als weiblich, 25 % als männlich und 1,9 % als divers. Das Durchschnittsalter lag bei M = 33,41 Jahren (Range: 20–78 Jahre). Die Mehrheit lebte in Mehrpersonenhaushalten (48,1 %); 30,8 % hatten Sorgeverantwortung für Kinder oder Angehörige. 23,1 % berichteten, dass finanzielle Belastungen den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren. Die Bildungsabschlüsse lagen überwiegend im mittleren bis höheren Bereich, mit einem Anteil von 80,8 % akademisch qualifizierter Personen.

Zur Datenerhebung wurden insgesamt 14 Fokusgruppen und 7 Einzelinterviews mit 52 Teilnehmenden aus acht Zielgruppen durchgeführt. Die Gespräche dauerten zwischen 26 Minuten und 1 Stunde 48 Minuten und fanden überwiegend in Präsenz statt; einzelne Interviews und eine Fokusgruppe wurden online durchgeführt. Je nach Gruppe wurden die Gespräche auf Deutsch, Englisch oder bilingual geführt.

Die Zielgruppen verteilten sich wie folgt:

- Schwarze Patient:innen: zwei Fokusgruppen (n = 9), englischsprachig.
- Weiße Ärzt:innen und Fachkräfte: eine Fokusgruppe und vier Einzelinterviews (n = 8), überwiegend deutschsprachig.
- Schwarze Ärzt:innen: eine Fokusgruppe und zwei Einzelinterviews (n = 6).
- Weiße Patient:innen: drei Fokusgruppen (n = 7), in Präsenz und online gemischt.
- Schwarze Fachkräfte in weiteren Gesundheitsberufen: drei Fokusgruppen und ein Einzelinterview (n = 9).
- Schwarze Studierende, Auszubildende und Lehrpersonen: zwei Fokusgruppen (n = 7).
- Schwarze Menschen mit psychologischem Unterstützungsbedarf: eine Fokusgruppe (n = 4).
- Schwarze Angehörige vulnerabler Gruppen: eine Fokusgruppe (n = 2).

3.1.1. Schwarze Personen (N = 37)

Die Schwarzen Teilnehmenden repräsentierten ein breites Spektrum sozialer, herkunftsbezogener und beruflicher Lebenslagen. Die Mehrheit identifizierte sich als weiblich (n = 25, 67,7 %), ein kleinerer Anteil als männlich (n = 11, 29,7 %), n = 2 als divers; das Durchschnittsalter betrug 33 Jahre (22–78 Jahre). Etwa die Hälfte war in Deutschland geboren, die übrigen vor allem in Nigeria, Ghana, Kenia oder Togo. Wohnorte verteilten sich über verschiedene Hamburger Bezirke, besonders vertreten waren Eimsbüttel, Wandsbek und Hamburg-Nord.

Die Bildungsabschlüsse waren überwiegend hochschulnah oder akademisch. Die Erwerbsformen reichten von Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung über Minijobs bis hin zu Ausbildungsphasen und Nichterwerbstätigkeit. Viele lebten in Ein- oder Zweipersonenhaushalten und trugen Sorgeverantwortung für Angehörige. Mehrsprachigkeit war ein zentrales Merkmal: 40 % nannten Deutsch als Muttersprache, 60 % andere Sprachen, darunter insbesondere Englisch, Yoruba, Swahili und Igbo.

3.1.2. Weiße Personen (N = 15)

Die Teilstichprobe der weißen Teilnehmenden umfasste 15 Personen, die überwiegend in professionellen Rollen im Gesundheitswesen rekrutiert wurden (z. B. Ärzt:innen, Pflegekräfte, Therapeut:innen, Studierende bzw. Auszubildende). Ergänzend wurden weiße Patient:innen einbezogen. Die Mehrheit identifizierte sich als weiblich (86,7 % weiblich, 13,3 % männlich). Das Durchschnittsalter lag bei 33,97 Jahren (20–69 Jahre). Die Bildungsniveaus waren überwiegend mittel bis hoch; 93,3 % verfügten über einen akademischen Abschluss.

3.2. Darstellung der qualitativen Ergebnisse

Die Auswertung der qualitativen Daten des CARE-Projekts basiert auf einer inhaltlich strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2015). Insgesamt wurden 21 Fokusgruppen- und Einzelinterviews ausgewertet. In einem mehrstufigen Kodierprozess entstand ein dreistufiges Kategoriensystem, bestehend aus zwölf Hauptkategorien und einer großen Anzahl empirisch abgeleiteter Subkategorien auf der zweiten und dritten Ebene. Dieses System bildet die thematische Breite und Tiefe der erhobenen Erfahrungen und Perspektiven ab und ermöglicht eine differenzierte Analyse der individuellen, institutionellen und strukturellen Dimensionen von Rassismus im Gesundheitswesen.

Insgesamt wurden 1.134 sinnvolle Textsegmente kodiert und den Kategorien zugeordnet. Die Hauptkategorien repräsentieren zentrale Themenbereiche wie persönliche und beobachtete Erfahrungen von Rassismus, strukturelle Bedingungen im Gesundheitswesen, intersektionale Aspekte von Diskriminierung, Versorgungsrealitäten, individuelle Bewältigungsstrategien sowie Veränderungswünsche und Lösungsansätze. Die Subkategorien ermöglichen innerhalb dieser Bereiche

eine feingliedrige Differenzierung spezifischer Erfahrungsformen, Mechanismen und Handlungsweisen.

Die Ergebnisse zeigen sowohl quantitative Muster, etwa die Häufigkeit bestimmter Erfahrungsformen oder struktureller Barrieren, als auch qualitative Tiefenstrukturen wie Bedeutungszuschreibungen, emotionale Auswirkungen und strategische Umgangsweisen. Die nachfolgenden Abschnitte stellen diese Befunde systematisch entlang der Hauptkategorien dar und veranschaulichen, wie sich rassistische Diskriminierung im Gesundheitssystem manifestiert, reproduziert und von den Betroffenen bewältigt wird.

3.2.1. Intercoder-Reliabilität und Bildung des finalen Konsensdatensatzes

Insgesamt zeigte sich eine sehr hohe Intercoder-Reliabilität über alle Dokumente hinweg. Die durchschnittliche Übereinstimmungsrate betrug 86,05 %. Die Cohen-Kappa-Werte lagen je Fokusgruppe zwischen $\kappa = 0,71$ und $\kappa = 0,97$ und damit durchgehend im Bereich guter bis sehr guter Übereinstimmung. In 18 der 21 Interviews lag Cohens Kappa über 0,80, was nach gängigen Interpretationsstandards einer sehr guten Reliabilität entspricht; lediglich ein Fokusgruppeninterview lag im Bereich guter Übereinstimmung ($\kappa = 0,71$). Diese Ergebnisse belegen, dass die Kodierung hoch konsistent zwischen den beiden Kodierenden verlief und dass die qualitative Kategorienanwendung stabil und nachvollziehbar implementiert wurde.

Da kein Interview einen Kappa-Wert unter 0,71 aufwies, war ein Konsensgespräch über strittige Segmente nicht erforderlich. Stattdessen wurden die beiden Kodierungen im Anschluss von einer dritten geschulten Person regelgeleitet zusammengeführt. Dabei wurden übereinstimmende Codes übernommen und unterschiedliche, aber methodisch zulässige, als Mehrfachkodierungen integriert. Der finale Datensatz basiert somit auf einer technischen Zusammenführung der Doppelratings, nicht auf einer inhaltlichen Nachprüfung einzelner Kodierentscheidungen. Alle im Ergebniskapitel berichteten qualitativen Befunde gehen entsprechend aus diesem zusammengeführten Konsensdatensatz hervor.

3.2.2. Kategorien

Nach der Kodierung von 21 Interviewtranskripten ergab das Kodierschema zwölf Hauptkategorien und insgesamt wurden 1.134 inhaltlich bedeutsame Textsegmente kodiert. Im Folgenden werden die Ergebnisse gemäß den Hauptkategorien und ihren jeweiligen Unterkategorien dargestellt.

Eine tabellarische Übersicht der finalen Kategorienstruktur – einschließlich exemplarischer Zitate aus den Interviews sowie der jeweiligen Kodierhäufigkeiten – findet sich in Anhang A. Diese Darstellung dient der zusätzlichen Transparenz, Nachvollziehbarkeit und Illustration der analytischen Kategorien und ihrer empirischen Fundierung.

3.2.2.1. Hauptkategorie 1: Wahrnehmung und Erfahrungen von Rassismus im Gesundheitswesen

Die Hauptkategorie „*Wahrnehmung und Erfahrungen von Rassismus im Gesundheitswesen*“ umfasst sowohl persönlich erlebte als auch beobachtete Formen rassistischer Diskriminierung. Insgesamt entfallen auf diese Kategorie über 257 kodierte Textsegmente (zusammengeführt aus den beiden Teilbereichen „Persönliche Erfahrungen“ und „Beobachtungen“), was einen bedeutenden Anteil der Gesamtdaten darstellt. Die Kategorie zeigt, wie Teilnehmende rassistische Diskriminierung im medizinischen Alltag wahrnehmen, deuten und in ihren sozialen und gesundheitlichen Konsequenzen einordnen. Die Subkategorien der zweiten Ebene bilden ein breites Spektrum direkter, indirekter, subtiler und offener rassistischer Handlungen sowie struktureller Dynamiken ab.

a. *Persönliche Erfahrungen mit rassistischer Diskriminierung*

Diese Subkategorie umfasst insgesamt 147 kodierte Segmente und 15 Subkategorien. Die häufigsten Formen betreffen:

- *Nicht ernst genommen werden* (24 Segmente): Teilnehmende berichten, dass ihre Schmerzen, Symptome oder Hinweise systematisch relativiert oder infrage gestellt wurden. Diese Abwertung wurde als stark verletzend und potenziell gesundheitsgefährdend beschrieben.
- *Stereotypisierung/Kulturalisierung* (19 Segmente): Schwarze Patient:innen erleben stereotype Annahmen über Schmerzempfinden, Körper, Herkunft oder Gesundheitsverhalten (wie z.B. „Schwarze Frauen halten mehr aus“).
- *Ausgefragt werden* (10 Segmente): Wiederholte, nicht-medizinische Nachfragen zu Herkunft, Sprache oder Aufenthaltsstatus wurden als entwertend erlebt.
- *Indirekte rassistische Diskriminierung* (14 Segmente): Dazu zählen distanzierte Kommunikation, abwertende Körpersprache oder subtile Formen der Ausschlussproduktion.
- *Mikroaggressionen* (15 Segmente): Viele dieser Situationen sind alltagsnah, ambivalent und schwer konfrontierbar, akkumulieren sich jedoch zu einer hohen Belastung.
- *Verbale und soziale Abwertungen* (7 Segmente): Offene Abwertungen oder Witze wurden ebenfalls berichtet, wenngleich seltener.

Weitere Aspekte umfassen u.a. *körperliche Übergriffe* (3 Segmente), *Exotisierung* (5 Segmente) sowie *vermeintlich positive Zuschreibungen* (12 Segmente), die als diskriminierend erlebt werden.

b. *Beobachtungen rassistischer Diskriminierung*

Diese Subkategorie bildet 107 kodierte Segmente und 13 Subkategorien ab und zeigt, dass Teilnehmende nicht nur selbst betroffen sind, sondern auch rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen beobachten:

- *Verbale und soziale Abwertungen* (13 Segmente): Teilnehmende haben mitverfolgt, wie Schwarze Personen im Gesundheitswesen abgewertet, infantilisiert oder lächerlich gemacht wurden.

- *Sprachbarrieren als Auslöser von Herabsetzungen* (11 Segmente): Fehlende Sprachkenntnisse wurden häufig zum Anlass genommen, Betroffene abzuwerten oder nicht gleichberechtigt zu behandeln.
- *Nicht ernst genommen werden* (11 Segmente): Beobachtungen deckten sich eng mit den berichteten persönlichen Erfahrungen – insbesondere dahingehend, dass Beschwerden Schwarzer Patient:innen, aber auch Erfahrungen und Einschätzungen Schwarzer Beschäftigter im Gesundheitswesen, häufig weniger Glauben geschenkt wurde.
- *Stereotypisierung/Kulturalisierung* (11 Segmente): Auch gegenüber anderen wurden stereotype Annahmen sichtbar, die diagnostische oder kommunikative Entscheidungen beeinflussten.
- *Ablehnung/Widerstand* (12 Segmente): Teilnehmende beobachteten offene Ablehnung gegenüber Schwarzen Patient:innen oder Kolleg:innen.

Diese Beobachtungen werden oft mit einer *Verschlechterung der Behandlungsqualität* verknüpft (10 Segmente).

Qualitative Vertiefung

Die Berichte zeigen ein kontinuierliches Muster, in dem Schwarze Personen im Gesundheitswesen wiederholt als weniger glaubwürdig, weniger kompetent oder weniger schutzbedürftig wahrgenommen werden. Diese Wahrnehmungen sind nicht auf Einzelfälle beschränkt, sondern werden als strukturell eingebettet beschrieben. Viele Teilnehmende betonen, dass einzelne Situationen – selbst wenn sie subtil erscheinen – in ihrer Gesamtheit eine klare Botschaft vermitteln: „Ich werde anders behandelt, weil ich Schwarz bin.“

Zentral ist die Erfahrung, dass rassistische Diskriminierung häufig nicht offen, sondern in Ambivalenzen, Mikrogesten, Tonalitäten und unausgesprochenen Annahmen auftritt. Dies erschwert Gegenwehr und führt zu Selbstzweifeln sowie zu der Notwendigkeit, eigene Wahrnehmungen immer wieder zu hinterfragen oder zu rationalisieren.

Gleichzeitig entsteht durch die Beobachtung von Rassismus eine sekundäre Belastung: Menschen erkennen, dass selbst dann, wenn sie persönlich nicht betroffen sind, andere aus ihrer Community fortlaufend diskriminiert werden – was Gefühle von Ohnmacht, Wut und Misstrauen gegenüber Institutionen verstärkt. Insgesamt werden Interaktionen im Gesundheitswesen von vielen als asymmetrische, machtsensitive Situationen beschrieben, die sowohl Patient:innen-Versorgungs- als auch Arbeits- und Ausbildungskontexte betreffen, und in denen rassistische Zuschreibungen unmittelbare Auswirkungen auf diagnostische Einschätzungen, Therapieentscheidungen sowie die Qualität der Kommunikation haben.

Die Kategorie zeigt, dass rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen sowohl direkt als auch indirekt, offen wie subtil und häufig institutionell eingebettet auftritt und von unterschiedlichen Akteur:innen ausgehen kann, darunter Gesundheitsfachpersonal, Patient:innen, Sicherheitsdienste, Kolleg:innen sowie Vorgesetzte. Schwarze Patient:innen erfahren eine systematische Abwertung, die

sich in reduzierte Glaubwürdigkeit, stereotype Zuschreibungen und eine geringere Behandlungsqualität übersetzt.

Vergleichbare Mechanismen zeigen sich auch für Schwarze Menschen in Gesundheitsberufen und in Ausbildungskontexten, etwa in Form der Infragestellung fachlicher Kompetenz, eingeschränkter beruflicher Handlungsspielräume, erhöhter Kontrolle sowie subtiler oder offener Abwertung durch Kolleg:innen, Vorgesetzte, Patient:innen oder andere Akteur:innen im Gesundheitswesen. Beobachtete Diskriminierung verstärkt diese Erfahrungen und prägt das Vertrauen in das Gesundheitssystem nachhaltig. Die Ergebnisse machen deutlich, dass Rassismus nicht als Einzelereignis, sondern als kontinuierliche Erfahrungskette verstanden werden muss, die gesundheitliche, emotionale und soziale Folgen hat.

3.2.2.2. Hauptkategorie 2: Unterschiede in den Erfahrungen weißer und Schwarzer Personen

Die Hauptkategorie „*Unterschiede in den Erfahrungen weißer und Schwarzer Personen*“ umfasst insgesamt rund 98 kodierte Textsegmente und 6 Subkategorien bildet damit einen wesentlichen Themenbereich innerhalb des Materials. Die Kategorie zeigt, wie Teilnehmende systematische Ungleichbehandlungen im Gesundheitssystem beschreiben, die entlang von Hautfarbe und zugeschriebener Gruppenzugehörigkeit verlaufen. Im Mittelpunkt stehen Unterschiede in Kommunikation, Behandlung und Erwartungshaltungen sowie in der Verteilung von Privilegien und Sensibilität.

a. *Wahrgenommene Unterschiede in Kommunikation und Interaktion*

Ein zentrales Thema dieser Kategorie sind unterschiedliche Kommunikationsweisen gegenüber Schwarzen und weißen Personen. Insgesamt entfallen auf „*Unterschiede in der Kommunikation*“ 18 Segmente. Schwarze Teilnehmende berichten, dass ihnen medizinische Informationen seltener ausführlich erklärt werden, Rückfragen weniger geduldig beantwortet werden und die Gesprächsatmosphäre insgesamt distanzierter oder misstrauischer ist. Die Interaktion wird häufig als asymmetrisch erlebt, da Anliegen, Beschwerden oder Hinweise nicht in gleicher Weise aufgenommen werden wie bei weißen Patient:innen.

b. *Unterschiede in Behandlung und Entscheidungsprozessen*

Teilnehmende schildern mehrfach, dass die Behandlungspraxis variiert:

- 25 Segmente zu „*Unterschiede in der Behandlung*“
- 14 Segmente zu „*Unterschiedliche Maßstäbe*“

Diese Segmente zeigen, dass bei Schwarzen Patient:innen andere diagnostische Schwellen angewendet werden, Beschwerden schneller psychologisiert oder als weniger dringlich eingestuft werden und dass medizinische Entscheidungen weniger auf Vertrauen beruhen. Schwarze Personen berichten von

stärkerer Kontrollorientierung und dem Gefühl, sich in Behandlungssituationen stärker rechtfertigen zu müssen.

c. Ungleiche Privilegien, Empathie und Sensibilisierung

Weitere Subkategorien zeigen Unterschiede auf struktureller Ebene:

- *Unterschiedliche Privilegien/Startbedingungen* (10 Segmente): Es wird beschrieben, dass weiße Patient:innen und Fachkräfte häufiger von positiven Vorannahmen, Wohlwollen und institutionellem Vertrauen profitieren. Schwarzen Personen wird dieses Vertrauen oft nicht in gleicher Form entgegengebracht, was sich auf Diagnosen, Unterstützung und Zugänge zur Versorgung auswirkt.
- *Unterschiede im Verständnis/Nachempfinden* (6 Segmente): Schwarze Teilnehmende berichten, dass ihre Lebensrealitäten und Belastungen weniger nachvollzogen werden. Empathie wird ihnen im Vergleich zu weißen Personen seltener entgegengebracht.
- *Unterschiede im Wissen/Sensibilisierung* (7 Segmente): Diese Segmente zeigen, dass spezifische Bedarfe Schwarzer Menschen, beispielsweise hinsichtlich Symptome, Hautmerkmale oder kultureller Hintergründe, weniger bekannt oder berücksichtigt werden. Dies führt zu Fehleinschätzungen oder Verzögerungen in der Versorgung.

Qualitative Vertiefung

Über alle Subkategorien hinweg wird deutlich, dass Schwarze Personen im Gesundheitssystem deutlich häufiger mit Misstrauen, Distanz oder höheren Hürden der Legitimation ihrer Beschwerden konfrontiert sind. Ihnen werden weniger Ressourcen an Aufmerksamkeit, Empathie und Geduld entgegengebracht, was zu einer wahrgenommenen Minderversorgung und zu erheblichen emotionalen Belastungen führt. Die beschriebenen Unterschiede treten nicht situativ oder zufällig auf, sondern zeigen sich konsistent in verschiedenen Einrichtungen und Kontexten.

Die Berichte deuten darauf hin, dass weiße Personen häufiger als „Normpatient:innen“ wahrgenommen werden, während Schwarze Personen implizit als „Abweichung“ gelesen werden, was zu unterschiedlichen Erwartungshaltungen und unterschiedlichen Standards in Kommunikation und Behandlung führt. Entscheidungsprozesse scheinen stärker von Vorannahmen geprägt zu sein, wenn Schwarze Personen beteiligt sind, was sich in geringerer Glaubwürdigkeit, erhöhter Kontrolle oder mangelnder Sensibilität zeigt.

Diese Erfahrungen werden von den Betroffenen klar als strukturell verankert und nicht als Einzelfälle beschrieben. Sie wirken sich auf das Vertrauen in das Gesundheitssystem, das Sicherheitserleben und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aus.

Die Hauptkategorie verdeutlicht, dass Schwarze und weiße Personen im Gesundheitssystem nicht unter gleichen Bedingungen versorgt werden. Unterschiede in Kommunikation, Behandlung und Empathie sowie ungleiche Privilegien führen zu systematischen Benachteiligungen Schwarzer Patient:innen und

Fachkräfte. Diese ungleichen Erfahrungen prägen das individuelle Wohlbefinden, die Qualität der Versorgung und das Vertrauen in das Gesundheitssystem nachhaltig. Die Ergebnisse zeigen, dass es sich nicht um isolierte Wahrnehmungen handelt, sondern um konsistent berichtete, strukturell eingebettete Ungleichbehandlungen.

3.2.2.3. Hauptkategorie 3: Wahrnehmung weiterer Diskriminierungsformen im Gesundheitswesen

Die Hauptkategorie „Wahrnehmung weiterer Diskriminierungsformen im Gesundheitswesen“ umfasst insgesamt über 22 kodierte Textsegmente und 4 Subkategorien und zeigt, dass rassistische Diskriminierung im Versorgungssystem häufig nicht isoliert, sondern in Verbindung mit anderen Ungleichbehandlungen auftritt. Teilnehmende beschreiben unterschiedliche Formen sozialer Abwertung, die entlang von Geschlecht, sozioökonomischem Status, Religion, Aufenthaltsstatus, sexueller Identität oder Behinderung verlaufen. Diese Erfahrungen verdeutlichen, dass Diskriminierung im Gesundheitswesen multidimensional ist und häufig in intersektionalen Zusammenhängen auftritt.

a. Gender- und geschlechtsbezogene Diskriminierung

Gender- und geschlechtsbezogene Diskriminierung gehört zu den am häufigsten genannten Formen nicht-rassistischer Diskriminierung. Auf die Subkategorie entfallen 7 Segmente. Die Berichte der Teilnehmenden verdeutlichen, dass diese Form der Diskriminierung nicht nur gegenüber Frauen, sondern auch trans*, inter* und nicht-binären Personen betrifft. Genannt wurden unter anderem:

- die Herabwürdigung oder Bagatellisierung gynäkologischer, hormoneller oder schmerzhafter Beschwerden,
- ungleiche Erwartungen an emotionale Ausdrucksformen und geschlechtsspezifische Rollenzuschreibungen,
- Misgendering sowie die Nichtanerkennung der eigenen Geschlechtsidentität in Anrede, Dokumentation oder Behandlungskontexten,
- trans*feindliche Kommentare oder die Verweigerung angemessener medizinischer Versorgung,
- sexualisierte Kommentare oder stereotype Rollenbilder, die medizinische Entscheidungen beeinflussen.

In der Verschränkung mit Rassismus wird gender- und geschlechtsbezogene Diskriminierung von vielen Betroffenen als verstärkend und besonders belastend erlebt.

b. Lookismus und Exotisierung/ Otherring

Die Berichte der Teilnehmenden verdeutlicht, dass sie aufgrund ihres Aussehens diskriminiert wurden. Dabei entfallen 5 Segmente auf den Lookismus (Aussehen) und 3 Segmente auf die Exotisierung/ Otherring.

Qualitative Vertiefung

Die Ergebnisse zeigen, dass Diskriminierung im Gesundheitswesen vielschichtig ist und häufig mehrere Dimensionen gleichzeitig betrifft. Teilnehmende berichten, dass sie Zuschreibungen und strukturelle Barrieren nicht nur aufgrund ihrer Hautfarbe, sondern auch aufgrund ihres Geschlechts, ihres sozioökonomischen Status oder ihres Aufenthaltsstatus erleben.

Die Überlagerung mehrerer Diskriminierungsformen verstärkt die individuellen Belastungen und führt häufig zu einer doppelten oder mehrfachen Benachteiligung. Diese Erfahrungen werden von Betroffenen als besonders schwer zu adressieren beschrieben, da unklar bleibt, welche Dimension in welcher Situation im Vordergrund steht. Gleichzeitig erschweren sie Gegenwehr und machen die Interaktionen mit dem Gesundheitssystem unvorhersehbarer und belastender.

Die Hauptkategorie zeigt, dass Diskriminierung im Gesundheitswesen nicht ausschließlich rassistisch motiviert ist, sondern vielfältige soziale Merkmale umfasst. Besonders deutlich wird, dass verschiedene Benachteiligungsformen häufig miteinander verwoben sind und sich gegenseitig verstärken. Diese Komplexität führt zu erhöhten Hürden im Zugang zu Versorgung, zu einer Verschlechterung der Behandlungsqualität und zu intensiven emotionalen Belastungen.

3.2.2.4. Hauptkategorie 4: Intersektionale Verknüpfungen

Mit insgesamt 98 kodierten Segmenten und sieben Subkategorien verdeutlicht die Hauptkategorie „*Intersektionale Verknüpfungen*“, dass viele Betroffene mehrfach marginalisiert sind. Die Erfahrungen zeigen, dass Diskriminierung nicht isoliert auftritt, sondern sich entlang verschiedener sozialer Positionierungen überlagert – etwa bei Schwarzen Frauen, Schwarzen Menschen mit Behinderung, queeren Schwarzen Personen oder Schwarzen Menschen mit Flucht- und Migrationserfahrung.

Diese intersektionalen Überschneidungen führen zu einer deutlichen Intensivierung negativer Erfahrungen. Die Befragten berichten von verstärkter Abwertung und einem erhöhten Maß an Misstrauen ihnen gegenüber, was den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung zusätzlich erschwert. Gleichzeitig gehen diese Erfahrungen mit komplexeren strukturellen Hürden sowie einer erhöhten emotionalen Belastung einher.

Besonders Schwarze Frauen schildern, dass sie gleichzeitig rassistischen und sexistischen Zuschreibungen ausgesetzt sind. Diese Mehrfachdiskriminierung wirkt sich unmittelbar auf die Versorgungssituation aus, indem sie beispielsweise die Anerkennung von Schmerzen oder psychosozialen Belastungen weiter erschwert und dazu beiträgt, dass ihre Anliegen im Versorgungskontext weniger ernst genommen werden.

a. Sozioökonomische Diskriminierung und Klassismus

Mehrere Teilnehmende schildern Benachteiligungen aufgrund der sozialen Lage oder ökonomischen Ressourcen. Insgesamt entfallen:

- 17 Segmente auf „*Sozioökonomischer Status/Klassismus*“ und „*Erstakademiker:in*“

Sie berichten u. a. von schlechterer Behandlung oder Abwertung bei fehlender Zusatzversicherung, geringem Einkommen oder wahrgenommener „sozialer Schwäche“. Besonders sichtbar wird dies bei bürokratischen Abläufen oder in der Art, wie Empfehlungen ausgesprochen oder verweigert werden.

b. Diskriminierung im Kontext von Migration, Aufenthaltsstatus und Versicherung

Im Zusammenhang mit Aufenthaltsrecht und Versicherungsstatus wurden ebenfalls Diskriminierungserfahrungen beschrieben:

- 19 Segmente zu „Aufenthaltsstatus“
- 6 Segmente zu „Kranken-/Pflegeversicherungsstatus“

Betroffene schildern Einschränkungen bei der Terminvergabe, misstrauische Nachfragen oder die implizite Unterstellung, sie würden Leistungen ausnutzen wollen. Diese strukturellen Hürden beeinflussen Zugänge zu Diagnostik und Behandlung erheblich.

c. Diskriminierung aufgrund von Behinderung oder chronischer Krankheit

Mit 6 Segmenten bildet „Behinderung/(chronische) Erkrankung“ einen weiteren wichtigen Teilbereich. Beschrieben wurde:

- dass chronische Beschwerden nicht ernst genommen werden,
- dass Betroffene für notwendige Unterstützungen kämpfen müssen,
- oder dass ihnen mangelnde Leistungsbereitschaft unterstellt wird.

Solche Erfahrungen sind insbesondere dann relevant, wenn sie mit rassistischen Zuschreibungen interagieren.

d. Religion, sexuelle Identität und weitere Formen sozialer Abwertung

Weniger häufig, aber dennoch relevant waren Hinweise auf:

4. Religion/Glaube (10 Segmente)
5. Sexuelle Identität (4 Segmente)

Hier berichteten Teilnehmende von abwertenden Kommentaren, Annahmen über religiöse oder kulturelle Praktiken oder unsachlichen Bewertungen des äußeren Erscheinungsbilds.

Qualitative Vertiefung

Die qualitativen Befunde verdeutlichen, dass intersektionale Diskriminierung im Gesundheitswesen sowohl strukturelle als auch relationale Ebenen betrifft. Diskriminierung beeinflusst dabei nicht nur formale Zugänge zur Versorgung, sondern prägt auch die Qualität der Interaktionen zwischen Patienten:innen und Versorgungspersonal. Teilnehmende berichten, dass sich wiederholte Erfahrungen von Abwertung, Misstrauen oder Infragestellung nachhaltig auf ihr Vertrauen in medizinische Institutionen auswirken.

Die Überlagerung verschiedener Diskriminierungsformen – etwa rassistischer Zuschreibungen mit geschlechtsspezifischen, sozioökonomischen oder migrationsbezogenen Abwertungen – führt zu spezifischen und verstärkten Belastungskonstellationen. Diese werden von Betroffenen als besonders

schwer einzuordnen und zu bewältigen beschrieben, da Diskriminierung nicht eindeutig einer einzelnen Ursache zugeordnet werden kann. Dadurch entstehen Unsicherheit, erhöhte emotionale Belastung und ein Gefühl fehlender Handlungsmacht im Versorgungskontext.

Zugleich zeigen die Ergebnisse, dass diese intersektionalen Erfahrungen in der aktuellen Versorgungspraxis bislang nur unzureichend berücksichtigt werden. Die Komplexität mehrfacher Benachteiligungen bleibt häufig unsichtbar, wodurch Bedarfe nicht angemessen erkannt und adressiert werden. Insgesamt unterstreichen die Befunde, dass Diskriminierung im Gesundheitswesen nicht eindimensional verstanden werden kann, sondern als verwobenes Zusammenspiel verschiedener sozialer Ungleichheitsdimensionen, das gezielte intersektionale Sensibilisierung und strukturelle Anpassungen erfordert.

3.2.2.5. Hauptkategorie 5: Strukturelle Aspekte

Die Hauptkategorie „*Strukturelle Aspekte*“ umfasst insgesamt über 300 kodierte Textsegmente und 24 Subkategorien und gehört damit zu den umfangreichsten Bereichen des gesamten Datenmaterials. Die Kategorie zeigt, wie Teilnehmende strukturelle Bedingungen im Gesundheitswesen wahrnehmen, die rassistische Ungleichbehandlungen begünstigen oder verstärken. Dazu gehören institutionelle Rahmenbedingungen, fehlende Ressourcen, Wissenslücken sowie Machtasymmetrien, die sich direkt auf Versorgungszugänge, diagnostische Entscheidungen und Interaktionen im Gesundheitswesen auswirken.

a. *Sprachliche und kommunikative Barrieren*

Ein zentraler struktureller Faktor betrifft „*Sprachbarrieren*“, mit 29 Segmenten eine der am häufigsten genannten Subkategorien. Teilnehmende berichten, dass fehlende Übersetzungsangebote, unzureichende Erklärungspraxis oder mangelnde Geduld im Umgang mit sprachlich verunsicherten Personen zu Missverständnissen, Fehldiagnosen oder unzureichenden Behandlungen führen. Die Adressierung von Sprachbarrieren werden häufig nicht als institutionelle Verantwortung, sondern als individuelles Defizit der Patient:innen gerahmt – was zu Abwertung, Ungeduld oder Vernachlässigung beiträgt.

Auch der „*Zugang zu Informationen*“ (2 Segmente) spielt eine Rolle: Schwarze Patient:innen berichten, dass sie Informationen zu Behandlungsoptionen oder Unterstützungsangeboten seltener oder weniger verständlich erhalten.

a. *Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und strukturelle Organisation von Versorgung*

Mehrere Subkategorien verweisen auf strukturelle Hürden in der Bereitstellung und Organisation von Gesundheitsleistungen:

- *Verfügbarkeit (availability)*: 12 Segmente
- *Unzureichende Anpassung von Angeboten (accommodation)*: 13 Segmente

- *Zugänglichkeit (accessibility)*: 6 Segmente
- *Akzeptanz der Angebote (acceptability)*: 7 Segmente

Teilnehmende beschreiben lange Wartezeiten, mangelnde kulturell sensible Angebote, fehlende Anlaufstellen oder Beratungsangebote sowie organisatorische Strukturen, die nicht auf die Bedarfe Schwarzer Personen abgestimmt sind. Bürokratische Hürden (3 Segmente) erschweren zusätzlich den Zugang zu Leistungen.

b. Machtverhältnisse und institutionelle Repräsentationslücken

Ein weiterer zentraler Bereich betrifft ungleiche Machtverhältnisse im Gesundheitswesen:

- *Machtverhältnisse/Deutungshoheiten* (27 Segmente): Hier wird beschrieben, dass Gesundheitsfachpersonal sowie institutionelle Akteur:innen Definitionsmacht darüber ausüben, welche Beschwerden als legitim gelten, wie Situationen interpretiert werden und wer Zugang zu welchen gesundheitsbezogenen Leistungen erhält.
- *Repräsentation* (31 Segmente): Teilnehmende betonen, dass Schwarze Fachkräfte in vielen Einrichtungen kaum sichtbar sind. Wo Repräsentation fehlt, entsteht weniger Vertrauen, weniger kulturelle Sensibilität und eine stärkere Wahrnehmung institutioneller Distanz.

Die Kategorie „Zugang zu beruflicher Qualifikation“ (8 Segmente) verdeutlicht zudem strukturelle Barrieren für Schwarze Menschen, die eine Tätigkeit im Gesundheitswesen anstreben.

c. Fehlendes Wissen und mangelnde Sensibilisierung für spezifische Bedarfe

Viele Teilnehmende berichten von institutionellen Wissens- und Kompetenzlücken:

- *Fehlendes Wissen zu spezifischen Bedarfen Schwarzer Personen* (27 Segmente)
- *Dermatologie* (6 Segmente)
- *Morbus Mediterraneus* (11 Segmente)
- *Fehlende Sensibilität / fehlendes Bewusstsein* (29 Segmente; die am häufigsten kodierte Subkategorie)

Diese Befunde zeigen deutlich, dass Ausbildungsinhalte und klinische Leitlinien zentrale gesundheitliche Risiken Schwarzer Menschen unzureichend berücksichtigen. Beispiele umfassen falsche Diagnosen aufgrund unzureichender Kenntnisse über Symptomatik auf dunkler Haut oder stereotype Annahmen über genetische Dispositionen („Mediterranean Syndrome“).

Teilnehmende sehen diese Wissenslücken als strukturell verankert, da sie direkt aus curricularen und institutionellen Priorisierungsmustern entstehen.

d. Weitere strukturelle Einflussfaktoren

Zu weiteren strukturellen Aspekten gehören:

- *Tokenism* (5 Segmente): symbolische Beteiligung ohne echte Macht- oder Entscheidungsverantwortung sowie symbolische Maßnahmen bei gleichzeitig ausbleibenden tatsächlichen Veränderungen

- *Bevorzugung weißer Personen* (8 Segmente): strukturelle Vorteilhaftigkeit durch implizite Normsetzungen
- *Unsicherheiten weißer Personen* (5 Segmente): führen zu Vermeidung, Rückzug oder defensivem Verhalten in Behandlungskontakten
- *Historisch gewachsene Strukturen* (8 Segmente): koloniale Kontinuitäten und institutionelle Normalisierungen
- *Politische Situation / Migration und Asylpolitik* (je 1–3 Segmente): politische Rahmenbedingungen verschärfen Zugangshürden
- *Sozioökonomische Faktoren* (10 Segmente): soziale Lage wirkt strukturell benachteiligend

Diese Aspekte zeigen, dass strukturelle Diskriminierung im Gesundheitswesen komplex und vielschichtig ist. Viele Teilnehmende sehen klare Verbindungen zwischen makropolitischen Entwicklungen und konkreten Versorgungserfahrungen.

Qualitative Vertiefung

Die Strukturkategorie macht deutlich, dass rassistische Ungleichbehandlung nicht nur auf individueller Ebene entsteht, sondern in Institutionen, Prozessen, Routinen und Wissensbeständen verankert ist. Teilnehmende beschreiben die Erfahrung, dass sie nicht aufgrund individueller Vorurteile benachteiligt werden, sondern durch Systeme, die an den Bedürfnissen und Lebensrealitäten Schwarzer Menschen vorbeiorganisiert sind.

Zentrale qualitative Muster sind:

- **Institutionelle Blindstellen:** Schwarze Patient:innen müssen aktiv nach Lösungen suchen oder mehrere Einrichtungen aufsuchen, um angemessene Versorgung zu erhalten.
- **Normalisierung struktureller Ungleichheit:** Viele strukturelle Hürden werden als „Teil des Systems“ akzeptiert, was Handlungsmöglichkeiten einschränkt.
- **Vertrauensverlust:** Die Summe struktureller Barrieren führt zu Misstrauen gegenüber medizinischen Einrichtungen und politischen Entscheidungsträgern.
- **Reproduktion von Ungleichheit:** Fehlende Repräsentation und fehlendes Wissen erzeugen Kreisläufe, in denen rassistische Erfahrungen wahrscheinlicher werden.

Die Teilnehmenden beschreiben Strukturen, die ihre Handlungsspielräume begrenzen und grundlegende gesundheitliche Chancen beeinflussen.

Die Hauptkategorie verdeutlicht, dass rassistische Ungleichbehandlung im Gesundheitswesen tief in institutionellen und gesellschaftlichen Strukturen und Prozessen verankert ist. Sprachliche Hürden, begrenzte Verfügbarkeit angepasster Angebote, Machtasymmetrien, Repräsentationslücken und fehlendes Wissen über spezifische Bedarfe Schwarzer Menschen führen zu systematischen Nachteilen. Diese strukturellen Faktoren beeinträchtigen nicht nur die Versorgungsqualität, sondern auch das Vertrauen der Betroffenen in das Gesundheitssystem. Der Befund zeigt klar, dass Maßnahmen gegen Rassismus im Gesundheitswesen auf struktureller Ebene ansetzen müssen.

3.2.2.6. Hauptkategorie 6: Versorgungsrealitäten

Die Hauptkategorie „*Versorgungsrealitäten*“ umfasst insgesamt 22 kodierte Textsegmente und 6 Subkategorien und beschreibt konkrete Erfahrungen von Teilnehmenden beim Zugang zu und der Nutzung von Gesundheitsleistungen. Die Berichte zeigen, dass strukturelle Hürden, unzureichende Angebote und administrativer Ausschluss den tatsächlichen Zugang zur Gesundheitsversorgung für viele Betroffene erheblich erschweren. Die Kategorie verdeutlicht, wie institutionelle Barrieren zu Benachteiligungen in Diagnostik, Behandlung und Versorgung führen.

a. *Zugang zur Gesundheitsversorgung*

Mehrere Teilnehmende schildern Schwierigkeiten beim Zugang zu medizinischen Leistungen. Auf die Subkategorie „*Zugang zur Gesundheitsversorgung*“ entfallen 7 Segmente. Genannt werden unter anderem:

- fehlende Ansprechpersonen,
- lange Wartezeiten,
- begrenzte Terminvergaben,
- Hürden aufgrund sprachlicher oder administrativer Voraussetzungen.

Diese Barrieren führen dazu, dass Betroffene medizinische Unterstützung teilweise erst verspätet oder gar nicht in Anspruch nehmen können.

b. *Kämpfen um adäquate Versorgung und fehlende angemessene Angebote*

Ein weiteres Thema betrifft die Notwendigkeit, aktiv um angemessene Versorgung zu bitten. Die Subkategorie „*Kämpfen um adäquate Versorgung*“ umfasst 2 Segment und verweist auf Situationen, in denen Beschwerden zunächst abgewiegelt oder falsch interpretiert wurden. Betroffene mussten wiederholt nachfragen, alternative Einrichtungen aufsuchen oder an verschiedenen Stellen um Hilfe bitten.

Die Kategorie „*Verfügbarkeit adäquater Versorgung*“ umfasst 5 Segmente. Hier berichten Teilnehmende, dass notwendige Leistungen:

- nicht verfügbar,
- unzureichend ausgestattet,
- oder qualitativ nicht angemessen auf ihre Bedarfe abgestimmt waren.

c. *Administrativer Ausschluss: Versicherungs- und Aufenthaltsstatus*

Strukturelle Ausschlussmechanismen betreffen insbesondere:

- *Versicherungsstatus* (2 Segmente)
- *Aufenthaltsstatus* (ein Segment)

Teilnehmende berichten von:

- Ablehnung von Terminen bei bestimmten Versicherungsformen,
- Unsicherheiten im Umgang mit Personen ohne regulären Versicherungsschutz,

- restriktiven Regelungen, die zu Verzögerungen oder Auslassungen in der Versorgung führen.

Diese Hindernisse stehen teilweise in unmittelbarem Zusammenhang mit politischen und administrativen Rahmenbedingungen und wirken sich erheblich auf die Gesundheitschancen der Betroffenen aus.

Qualitative Vertiefung

Die Berichte zeigen insgesamt ein deutliches Bild: Schwarze Patient:innen sind im Umgang mit dem Gesundheitssystem häufig mit einem Mehraufwand an Organisation, Kommunikation und Selbstvertretung konfrontiert. Die Versorgungsrealität ist geprägt von strukturellen Hürden, die den Zugang zu Leistungen erschweren und oft dazu führen, dass Betroffene:

- weniger geeignete oder unvollständige Versorgung erhalten,
- längere Wege durch verschiedene Institutionen gehen müssen,
- oder gänzlich auf Diagnostik und Behandlung verzichten.

Zentral ist, dass diese Hürden nicht als Ausnahmefälle dargestellt werden, sondern als wiederkehrender Bestandteil des Versorgungsgeschehens. Die Betroffenen erleben, dass strukturelle und administrative Bedingungen ihre tatsächlichen Handlungsspielräume begrenzen – unabhängig vom medizinischen Bedarf.

Besonders belastend ist der Eindruck, dass institutionelle Regeln und Abläufe stärker über die Versorgung entscheiden als die medizinische Einschätzung oder die Dringlichkeit eines Anliegens. Dadurch entstehen Frustration, Erschöpfung und Vertrauensverlust gegenüber dem Gesundheitssystem. Die Hauptkategorie zeigt, dass die Versorgungsrealität für viele Betroffene von Zugangshürden, unzureichender Versorgung und administrativem Ausschluss geprägt ist. Sprachliche sowie organisatorische Hindernisse, fehlende adäquate Angebote und einschränkende rechtliche Rahmenbedingungen führen zu einer systematischen Benachteiligung Schwarzer Patient:innen und anderer marginalisierter Gruppen. Die Ergebnisse unterstreichen, dass gesundheitliche Chancengleichheit nicht allein von individuellen Interaktionen abhängt, sondern maßgeblich durch strukturelle Bedingungen bestimmt wird.

3.2.2.7. Hauptkategorie 7: Eigene Rolle

Die Hauptkategorie „Eigene Rolle“ umfasst insgesamt rund 123 kodierte Textsegmente und 17 Subkategorien und beschreibt, wie Teilnehmende ihre jeweilige Position und Verantwortung im Kontext rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen wahrnehmen. Dabei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Perspektiven Schwarzer Patient:innen, Schwarzer Beschäftigter und Studierender im Gesundheitswesen sowie zwischen Schwarzen und weißen Akteur:innen.

Während Schwarze Patient:innen ihre Rolle häufig als von Abhängigkeit, eingeschränkter Handlungsmacht und der Notwendigkeit strategischer Anpassung geprägt beschreiben, berichten Schwarze Beschäftigte und Studierende von Spannungen zwischen professioneller Verantwortung,

Selbstschutz und der (oft unerwünschten) Zuschreibung einer vermittelnden oder aufklärenden Rolle. Weiße Akteur:innen reflektieren ihre Position hingegen überwiegend im Spannungsfeld zwischen individueller Verantwortung, institutionellen Rahmenbedingungen und begrenzter Handlungssicherheit.

Die Kategorie macht damit sichtbar, wie unterschiedliche Rollenzuschreibungen, Bewältigungsstrategien und Erwartungen das Erleben rassistischer Diskriminierung im professionellen wie privaten Kontext strukturieren und begrenzen.

a. Wahrgenommene Verantwortung und aktives Engagement

Viele Teilnehmende beschreiben eine bewusste Entscheidung, eine aktive Rolle einzunehmen:

- *Verantwortungsübernahme* (37 Segmente): Schwarze Personen schildern, dass sie sich in beruflichen oder sozialen Kontexten für Aufklärung, Schutz anderer Schwarzer Personen? oder strukturelle Veränderungen einsetzen.
- *Gegenseitige Unterstützung* (27 Segmente): Community-orientierte Hilfe, etwa Unterstützung jüngerer Kolleg:innen oder neuer Patient:innen, wird als zentral erlebt.
- *Netzwerk mit weißen/deutschen Personen* (4 Segmente): Einige nutzen Netzwerke strategisch, um Durchsetzungskraft zu erhöhen oder Verbündete zu gewinnen.

Diese aktive Rolle wird häufig als notwendig beschrieben, um auf Missstände aufmerksam zu machen oder sich in diskriminierenden Situationen zu behaupten.

b. Unerwünschte Rollen und doppelter Erwartungsdruck

Gleichzeitig berichten viele Betroffene, dass sie in Rollen gedrängt werden, die sie nicht selbst gewählt haben:

- *Doppelte Anstrengung* (9 Segmente): Schwarze Personen müssen mehr leisten, um als kompetent wahrgenommen zu werden.
- *Wunsch, keine besondere Rolle übernehmen zu müssen* (10 Segmente): Viele möchten nicht ständig „die Stimme gegen Rassismus“ oder das „Aushängeschild“ sein.
- *Unfreiwillige Rollenübernahme / Erwartungsdruck* (4 Segmente): Teilnehmende berichten, dass sie ungefragt als Expert:innen für Rassismus, kulturelle Themen oder soziale Fragen adressiert werden.
- *Keine Rollenverpflichtung* (2 Segmente): Einzelne betonen bewusst, dass sie diese Erwartungen nicht erfüllen möchten.

Diese Rollenanforderungen werden als belastend beschrieben, da sie sowohl emotionalen Druck erzeugen als auch professionelle Neutralität untergraben können.

c. Handlungsspielräume, Motivation und Grenzen

Weitere Subkategorien thematisieren persönliche Ressourcen und strukturelle Einschränkungen:

- *Eigene Integrationsanstrengungen* (6 Segmente): Aktive Bemühungen, sich in eine neue Gesellschaft einzuleben und zu integrieren.

- *Berufliche Motivation* (3 Segmente): Motivation, eigene berufliche Wege zu gehen und positive Veränderungen anzustoßen.
- *Eingeschränkter Handlungsspielraum* (2 Segmente): Teilnehmende erleben Grenzen, z. B. durch hierarchische Strukturen, institutionelle Erwartungen oder Angst vor negativen Konsequenzen.
- *Sicherheit schaffen* (2 Segmente): Aktive Rollenübernahme, für andere Betroffene sichere Räume zu schaffen.
- *Sichtbarkeit schaffen* (8 Segmente): Sichtbarkeit wird sowohl als Chance wie auch als Belastung wahrgenommen.

d. Wissensvermittlung, Empowerment und Aufklärung

Ein besonders stark vertretenes Thema ist der Beitrag der Teilnehmenden zur Wissensvermittlung:

- *(Wissens)Vermittlung/Aufklärung/Sensibilisierung* (21 Segmente): Viele Teilnehmende engagieren sich aktiv dafür, Kolleg:innen oder Institutionen über Rassismus, Diversität oder Schwarze Perspektiven aufzuklären.
- *Positive Narrative* (2 Segmente): Teilnehmende setzen bewusst positive Gegenbilder zu gesellschaftlich dominanten negativen Narrativen.
- *Vorbild sein* (ein Segment): Vorbildhaftes Handeln wird gezielt genutzt, um Barrieren für kommende Generationen abzubauen.

Diese Aktivitäten werden als wichtig, aber gleichzeitig als emotional und organisatorisch anstrengend beschrieben.

Qualitative Vertiefung

Die Kategorie verdeutlicht, dass Schwarze Personen im Gesundheitswesen häufig eine Doppelrolle einnehmen: Einerseits sind sie selbst von rassistischer Diskriminierung betroffen und müssen sich in entsprechenden Situationen behaupten, andererseits werden sie vielfach – auch unaufgefordert – als Repräsentant:innen einer vermeintlich „Schwarzen Perspektive“ adressiert. Viele Betroffene beschreiben einen anhaltenden Spannungszustand zwischen Selbstschutz und Verantwortungsübernahme, zwischen dem Bedürfnis, sich gegen Ungleichbehandlung zu positionieren, und dem Wunsch, nicht fortwährend strukturelle Missstände erklären oder legitimieren zu müssen.

Dabei differenzieren die Teilnehmenden deutlich zwischen verschiedenen Reichweiten des eigenen Handelns. Insbesondere Schwarze Beschäftigte und Studierende im Gesundheitswesen verorten ihre Handlungsmöglichkeiten primär auf der interpersonellen Ebene, etwa im direkten Patient:innenkontakt oder im unmittelbaren Arbeitsumfeld. Auf dieser Ebene sehen sie Chancen, Sichtbarkeit zu schaffen, Sensibilität zu fördern und stereotype Zuschreibungen zu irritieren. Einflussmöglichkeiten auf institutionelle oder politische Strukturen werden hingegen als deutlich begrenzt wahrgenommen, auch wenn der Wunsch nach weiterreichenden Veränderungen vorhanden ist.

Weißer Teilnehmende reflektieren ihre eigene Rolle demgegenüber häufig als von Unsicherheit und Zurückhaltung geprägt. Zwar besteht bei vielen eine grundsätzliche Sensibilisierung für rassistische Problemlagen, zugleich werden die eigenen Handlungsspielräume oftmals als eingeschränkt erlebt – etwa aufgrund fehlender Zuständigkeit, mangelnder institutioneller Rückendeckung oder der Sorge, unangemessen zu handeln. Verantwortung für antirassistische Veränderungen wird dabei eher auf organisationale oder politische Ebenen verlagert als im eigenen unmittelbaren Handlungsbereich verortet.

Insgesamt zeigt die Kategorie, dass die Wahrnehmung der eigenen Rolle im Gesundheitswesen stark durch strukturelle Ungleichheiten geprägt ist. Schwarze Personen übernehmen häufig zusätzliche Sichtbarkeits-, Vermittlungs- und Aufklärungsarbeit, die über ihre eigentliche berufliche oder persönliche Rolle hinausgeht, während weiße Akteur:innen ihre Einflussmöglichkeiten eher als begrenzt oder delegiert wahrnehmen. Die Ergebnisse machen deutlich, dass individuelle Bewältigungsstrategien eng mit strukturellen Bedingungen verknüpft sind – und dass nachhaltige Veränderungen nur dann möglich sind, wenn Verantwortung für antirassistische Praxis nicht einseitig auf Schwarze Personen verlagert, sondern institutionell und kollektiv getragen wird.

3.2.2.8 Hauptkategorie 8: Interaktion Gesundheitspersonal – Patient:innen

Die Hauptkategorie „*Interaktion Gesundheitspersonal – Patient:innen*“ umfasst insgesamt 153 codierte Textsegmente und 14 Subkategorien beschreibt Erfahrungen in der direkten Begegnung zwischen medizinischem Personal und Patient:innen – sowohl aus Perspektive von Betroffenen als auch aus Beobachtungen. Die Kategorie zeigt, dass interpersonale Situationen ein zentraler Ort der Reproduktion wie auch der Wahrnehmung von Ungleichbehandlung sind. Sie umfasst sowohl negative Erfahrungen wie Unfreundlichkeit, stereotype Annahmen oder Machtgefälle, als auch in geringerem Umfang positive Interaktionserfahrungen.

a. Negativer Umgang und abwertende Interaktionen

Mehrere Subkategorien beschreiben konkrete Formen negativer oder abwertender Behandlung:

- Unfreundlicher Umgang (11 Segmente): Teilnehmende berichten über distanzierte, harte oder respektlose Kommunikation.
- Ablehnung/Widerstand/Irritation (7 Segmente): Schwarze Patient:innen oder Fachkräfte erleben offen geäußerte Ungeduld oder Zurückweisung.
- Verbale und soziale Abwertungen (5 Segmente): Abwertende Kommentare oder abfällige Bemerkungen treten sichtbar im Versorgungskontext auf.

Diese Erfahrungen verstärken das Gefühl, nicht willkommen oder nicht gleichwertig zu sein.

b. Stereotype und Zuschreibungen in der Interaktion

Ein wiederkehrendes Thema sind stereotype Annahmen über Schwarze Personen:

- Stereotype bzgl. beruflicher Position (11 Segmente): Schwarze Fachkräfte berichten, dass ihre berufliche Rolle infrage gestellt oder ihnen unterstellt wird, nicht die qualifizierte Fachperson zu sein.
- Fehlendes Wissen (11 Segmente): Teilnehmende erleben, dass mangelnde Kenntnisse über Schwarze Körper, Symptome oder gesundheitliche Bedarfe zu Fehlannahmen und unangemessenem Verhalten führen.
- Exotisierung (3 Segmente): Betroffene werden aufgrund ihres Aussehens oder ihrer Herkunft exotisiert oder als „anders“ behandelt.

Diese Zuschreibungen beeinflussen sowohl die fachliche als auch die persönliche Interaktion erheblich.

c. Ungleiche Behandlung Schwarzer Fachkräfte und Schwarzer Patient:innen

Die Interaktionsqualität unterscheidet sich deutlich je nach Position der Betroffenen:

- Erfahrungen Schwarzer Fachkräfte im Gesundheitswesen (24 Segmente): Schwarze Beschäftigte erleben, dass ihre Kompetenz häufiger infrage gestellt wird, Patient:innen weiße Kolleg:innen bevorzugen oder sie häufiger kontrolliert werden.
- Erfahrungen Schwarzer Patient:innen (5 Segmente): Beschwerden werden weniger ernst genommen, Erwartungen an Kooperation oder Mitarbeit sind höher und es herrscht ein unausgewogenes Machtverhältnis.

Diese Muster zeigen, dass Hautfarbe sowohl den beruflichen Status als auch die Patient:innenerfahrung beeinflusst.

d. Kommunikation und Sprachbarrieren

Kommunikative Herausforderungen sind ein wesentlicher Bestandteil der Interaktionsprobleme:

- Sprachbarrieren (18 Segmente): Fehlende Sprachmittlung führt zu Missverständnissen und einem ungünstigen Klima in Behandlungsgesprächen.
- Kommunikation (17 Segmente): Teilnehmende beschreiben verkürzte Erklärungen, Ungeduld oder fehlende Rückfragen in Gesprächen mit schwarzen Personen.
- Ausgefragt werden (5 Segmente): Wiederholte Nachfragen zu Herkunft oder Biografie ohne medizinische Relevanz schaffen Distanz und belasten die Interaktion.

Diese Faktoren führen insgesamt zu einer Verschlechterung der Versorgungsqualität.

e. Machtverhältnisse und Generationenunterschiede

Zwei weitere relevante Aspekte sind:

- Machtverhältnisse (9 Segmente): Ärzt:innen und Pflegepersonal verfügen über strukturelle Deutungshoheit, was es Betroffenen erschwert, sich gegen Ungleichbehandlung zu wehren.

- Generationenunterschiede (7 Segmente): Teilnehmende berichten, dass ältere Patient:innen oder Angehörige häufiger offen rassistische Haltungen zeigen, während jüngere Generationen subtilere, aber dennoch diskriminierende Muster aufweisen können.

f. Positive Interaktionen

In geringerem Umfang wurden auch positive Erfahrungen berichtet:

- **Interesse/Anerkennung/Freude** (8 Segmente): Einige Schwarze Fachkräfte fühlten sich wertgeschätzt, etwa wenn Patient:innen aktiv das Gespräch suchten oder Vertrauen entgegenbrachten.

Auch wenn diese Berichte seltener vorkommen, verdeutlichen sie, dass wertschätzende Interaktion die Versorgungssituation für Betroffene erheblich verbessert.

Qualitative Vertiefung

Die Erfahrungen der Teilnehmenden zeigen, dass interpersonale Interaktion im Gesundheitswesen stark durch Machtgefälle, stereotype Erwartungen und kommunikative Barrieren geprägt ist. Schwarze Personen erleben, dass ihnen:

- weniger Kompetenz zugeschrieben wird,
- weniger Vertrauen entgegengebracht wird,
- häufiger unangemessene Nachfragen gestellt werden,
- und sie emotional vorsichtiger agieren müssen.

Die Interaktion wird als Ort erlebt, an dem sich strukturelle Ungleichheiten direkt im Alltag manifestieren. Gleichzeitig verstärkt die Kombination aus formaler Autorität und impliziten Vorannahmen das Gefühl, in einer verletzlichen Position zu sein.

Die Hauptkategorie zeigt, dass Interaktionen zwischen Gesundheitspersonal und Patient:innen ein zentraler Schauplatz rassistischer Ungleichbehandlung sind. Unfreundlicher Umgang, stereotype Zuschreibungen, Machtasymmetrien und Kommunikationsbarrieren beeinträchtigen sowohl die emotionale Sicherheit als auch die medizinische Versorgung Schwarzer Personen. Schwarze Fachkräfte sind zusätzlich strukturellen Zweifeln an ihrer Kompetenz ausgesetzt. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass interpersonale Diskriminierung tief mit institutionellen Strukturen verwoben ist und entscheidend zur Erfahrung von Ungleichbehandlung im Gesundheitswesen beiträgt.

3.2.3.9 Hauptkategorie 9: Persönlicher Umgang

Die Hauptkategorie „*Persönlicher Umgang*“ umfasst insgesamt 223 codierte Textsegmente und 22 Subkategorien und beschreibt die individuellen Strategien, Emotionen und Bewältigungsmechanismen, mit denen Teilnehmende auf Erfahrungen rassistischer Diskriminierung reagieren. Die Berichte verdeutlichen, dass Betroffene ein breites Spektrum an Handlungsweisen entwickeln, die zwischen

Konfrontation, Selbstschutz, Reflexion und situativem Abwägen oszillieren. Der persönliche Umgang ist stark von Machtverhältnissen, emotionalen Belastungen und der Notwendigkeit geprägt, soziale oder berufliche Konsequenzen zu vermeiden.

a. Aktive Handlungsstrategien: Konfrontation, Abgrenzung und Selbstbehauptung

Mehrere Subkategorien beschreiben aktive, nach außen gerichtete Reaktionen:

- Konfrontation (23 Segmente) Viele Betroffene entscheiden sich bewusst dafür, diskriminierende Aussagen oder Handlungen anzusprechen. Dies erfolgt jedoch häufig selektiv und abhängig von Machtverhältnissen.
- Aktives Handeln (56 Segmente) Dazu zählen Situationen, in denen Betroffene aktiv intervenieren, Missstände melden oder auf eine faire Behandlung bestehen.
- Grenzen setzen (3 Segmente) Einzelne betonen die Notwendigkeit klarer persönlicher Grenzen, um sich vor wiederkehrenden Mikroaggressionen zu schützen.
- Für sich selbst eintreten/kämpfen (7 Segmente) Obwohl nicht codiert, wird dieses Thema in anderen Kategorien implizit sichtbar — es wurde jedoch hier nicht erfasst.
- Handlungsspielraum nutzen (9 Segmente) Teilnehmende ergreifen Handlungsmöglichkeiten dort, wo sie realistisch und risikoarm erscheinen.

Diese Strategien zeigen, wie Betroffene versuchen, Kontrolle über belastende Situationen zurückzugewinnen.

b. Emotionale und psychologische Reaktionen

Die emotionale Dimension des Umgangs ist stark vertreten:

- Emotionale Reaktionen (8 Segmente): Dazu gehören Wut, Traurigkeit, Enttäuschung, Ohnmacht und Frustration.
- Sich beweisen müssen (8 Segmente): Viele beschreiben den inneren Druck, in Gesundheitssituationen „perfekt“ auftreten zu müssen, um negative Stereotype nicht zu bestätigen.
- Hilflosigkeit (4 Segmente): Gefühle der Resignation oder Überforderung entstehen insbesondere, wenn Diskriminierung wiederholt und subtil erfolgt.
- Minority Stress (5 Segmente): Teilnehmende berichten über anhaltende Belastungen, die durch permanente Antizipation von Diskriminierung entstehen.

Diese emotionalen Reaktionen spiegeln den hohen psychischen Aufwand wider, der mit der Navigation diskriminierender Strukturen verbunden ist.

c. Vermeidung, Vorsicht und Selbstschutz

Ein weiterer zentraler Bereich betrifft Schutzstrategien:

- Vermeidung/Vorsicht/Schutz (22 Segmente): Viele Betroffene meiden bestimmte Einrichtungen, bereiten sich intensiv auf Ärzt:innenbesuche vor, wählen Wörter sorgfältig oder passen ihr Verhalten an, um negative Reaktionen zu minimieren.
- Kommunikation (vorsichtige Anpassung) (8 Segmente): Sprache wird bewusst kontrolliert, um Autoritäten nicht zu „provizieren“ oder Missverständnisse zu vermeiden.
- Absicherung (3 Segmente): Dazu zählt z. B. das Mitnehmen von Unterstützungspersonen oder die Dokumentation von Interaktionen.
- Vorbereitung (ein Segment): Einige recherchieren vorab medizinische Informationen, um mögliche Kompetenzzuschreibungen auszugleichen.
- Situation hinnehmen (12 Segmente): Teilnehmende berichten, dass sie Diskriminierung manchmal aus Erschöpfung oder strategischen Gründen nicht ansprechen.

Diese Strategien verdeutlichen, wie stark die Verantwortung für den Schutz der eigenen Person auf die Betroffenen verlagert wird.

d. Reflexion und kognitive Bewältigung

Viele Teilnehmende reflektieren aktiv ihre Erfahrungen und passen ihr Vorgehen an:

- Selbstreflexion (25 Segmente): Betroffene analysieren Situationen, versuchen ihre Gefühle zu sortieren und bewerten, wie sie künftig reagieren können.
- Infragestellen/Relativieren der eigenen Erfahrungen (8 Segmente): Einige zweifeln zunächst an ihrer Wahrnehmung — ein typisches Merkmal subtiler Diskriminierung.
- Abwägen von Kontextfaktoren/Machtverhältnissen (21 Segmente): Die Entscheidung, ob und wie man reagiert, basiert häufig auf der Einschätzung hierarchischer Strukturen, möglicher Konsequenzen und emotionaler Kapazität.
- Zielfokussierung (3 Segmente): In manchen Fällen wird bewusst ein pragmatischer Fokus gewählt, um unangenehme Situationen schneller zu überwinden.

Diese reflexiven Prozesse verdeutlichen die ständige Notwendigkeit, emotionale und strategische Entscheidungen in Gesundheitskontexten gegeneinander abzuwägen.

e. Soziale Unterstützung und positive Coping-Strategien

Soziale Netzwerke spielen eine wichtige Rolle:

- Soziale Unterstützung/Peer Support (9 Segmente): Austausch mit anderen Betroffenen, Familie oder Freunden lindert Belastungen und validiert Erfahrungen.
- Ausgleich schaffen (ein Segment): Einzelne berichten von stabilisierenden Aktivitäten, in oder mit Hilfe dessen das Erlebte aufgearbeitet besprochen werden kann.
- Humor/positive Sichtweise (2 Segmente): Erlebtes wird versucht mit Humor und positivem Denken versucht, verharmlost zu werden.

- Therapie (2 Segmente): Psychotherapeutische Unterstützung wird vereinzelt als hilfreich beschrieben.

Dies zeigt, dass Bewältigung nicht allein individuell stattfindet, sondern in sozialen Systemen verankert ist.

Qualitative Vertiefung

Die Kategorie verdeutlicht, dass der persönliche Umgang mit rassistischer Diskriminierung hochkomplex ist und sich nicht auf eine einzelne Strategie reduzieren lässt. Betroffene müssen in konkreten Situationen fortlaufend abwägen zwischen Selbstschutz, Konfrontation, emotionaler Belastbarkeit sowie möglichen sozialen oder beruflichen Konsequenzen ihres Handelns.

Viele der beschriebenen Strategien sind Reaktionen auf eine strukturelle Ausgangslage, in der Schwarze Personen überdurchschnittlich häufig mit Misstrauen, Abwertung oder Unsicherheit konfrontiert sind. Die psychische Energie, die für diese Form der Bewältigung aufgebracht werden muss, wird von vielen als erheblich beschrieben. Gleichzeitig zeigt sich, dass auch auf Seiten weißer Beschäftigter im Gesundheitswesen Unsicherheiten im Umgang mit rassistischen Situationen bestehen – insbesondere hinsichtlich der Frage, wann und wie unterstützend eingegriffen werden kann, ohne betroffene Personen zu bevormunden, ihre Handlungsmöglichkeiten einzuschränken oder situativ zu übergehen.

Insgesamt macht die Hauptkategorie deutlich, dass Schwarze Personen im Gesundheitswesen komplexe und teils widersprüchliche Strategien entwickeln, um rassistische Erfahrungen zu bewältigen. Zwischen aktiver Konfrontation, vorsichtigem Selbstschutz, reflexiver Verarbeitung und der Suche nach sozialer Unterstützung bewegen sich Betroffene in einem Spannungsfeld, das maßgeblich durch strukturelle Machtverhältnisse geprägt ist. Die hohe Zahl an Codes unterstreicht, dass der individuelle Umgang mit Diskriminierung ein zentraler Bestandteil der Erfahrung gesundheitlicher Ungleichbehandlung ist – und zugleich, wie stark Verantwortung für Schutz und Bewältigung weiterhin bei den Betroffenen selbst liegt, anstatt institutionell aufgefangen zu werden.

3.2.3.10 Hauptkategorie 10: Gesundheitliche Folgen

Die Hauptkategorie „*Gesundheitliche Folgen*“ umfasst insgesamt 16 codierte Textsegmente und 5 Subkategorien und beschreibt die unmittelbaren und mittelbaren gesundheitlichen Auswirkungen rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen. Obwohl diese Kategorie im Vergleich zu anderen weniger häufig codiert wurde, verdeutlichen die Inhalte, dass die erlebten Belastungen nicht nur emotional, sondern auch körperlich und psychosozial spürbar sind. Die Erfahrungen zeigen, wie Diskriminierung das Vertrauen in das System beeinträchtigt, gesundheitliche Risiken verstärkt und zu Rückzugsverhalten führt.

a. Psychische Belastungen und Stress

Ein zentraler Themenbereich betrifft die psychischen Auswirkungen durch rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen:

- Psychische Belastungen (5 Segmente) Teilnehmende berichten von emotionalem Stress, der durch wiederholte abwertende oder diskriminierende Erfahrungen entsteht. Dazu gehören Gefühle von Angst, Frustration, permanenter Anspannung und mentaler Erschöpfung.
- Minority Stress wurde in anderen Kategorien angedeutet, ist jedoch hier spezifisch im Zusammenhang mit psychischen Folgen erkennbar: Die dauerhafte Erwartung möglicher Diskriminierung erhöht die psychische Grundbelastung.

Diese Befunde zeigen, dass Diskriminierung nicht nur situativ belastend wirkt, sondern eine anhaltende mentale Belastungssituation erzeugt.

b. Körperliche und psychosomatische Beschwerden

Mehrere Teilnehmende schildern körperliche Reaktionen:

- Stressbedingte Beschwerden (somatisch und psychosomatisch) (4 Segmente) Dazu zählen Schlafstörungen, Verspannungen, Erschöpfungssymptome oder körperliche Stressreaktionen, die im Zusammenhang mit diskriminierenden Erlebnissen auftreten.

Diese Beschwerden verdeutlichen die körperlich spürbaren Auswirkungen sozialer Ungleichbehandlung.

c. Rückzug und Vermeidungsverhalten im Gesundheitskontext

Ein weiterer relevanter Aspekt betrifft die Konsequenzen für das Inanspruchnahmeverhalten:

- Vermeidungsverhalten / Rückzug aus Gesundheitsversorgung (3 Segmente) Betroffene berichten, dass sie aufgrund wiederholter negativer Erfahrungen Ärzt:innenbesuche vermeiden, Termine hinauszögern oder bestimmte Einrichtungen nicht mehr aufsuchen.

Dieses Verhalten erhöht das Risiko für:

- spätere Diagnosen,
- unbehandelte Beschwerden,
- stärkere gesundheitliche Verschlechterung.

Der Rückzug ist dabei weniger Ausdruck fehlender Gesundheitsorientierung, sondern eine Schutzreaktion vor erneuter Diskriminierung.

Qualitative Vertiefung

Obwohl die Kategorie quantitativ kleiner ist, zeigt sie eine hohe inhaltliche Dichte. Die gesundheitlichen Folgen rassistischer Diskriminierung sind mehrdimensional:

- emotional (Belastung, Angst, Entmutigung)
- körperlich (Stresssymptome, psychosomatische Beschwerden)
- verhaltensbezogen (Rückzug, Vermeidung)

Es wird deutlich, dass rassistische Diskriminierungserfahrungen nicht nur situative Unannehmlichkeiten darstellen, sondern langfristige Auswirkungen auf die psychische und körperliche Gesundheit haben. Darüber hinaus erzeugt der Rückzug aus der Gesundheitsversorgung eine gefährliche Feedbackschleife: weniger ärztliche Unterstützung → spätere Diagnosen → größerer Leidensdruck → verstärkte Vermeidung.

Die Kategorie verweist damit auf strukturelle Gesundheitsrisiken, die aus gesellschaftlicher Ungleichbehandlung entstehen.

Die Hauptkategorie zeigt, dass rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen zu erheblichen gesundheitlichen Folgen führen kann. Psychische Belastungen, psychosomatische Beschwerden und Rückzug aus der Versorgung bilden zentrale Reaktionsmuster. Auch wenn die Kategorie weniger Segmente umfasst, weisen die Inhalte auf relevante Gesundheitsrisiken hin, die durch strukturelle und interpersonale Diskriminierung verstärkt werden. Die Ergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, Diskriminierung auch als gesundheitlichen Risikofaktor zu verstehen.

3.2.3.11. Hauptkategorie 11: Ressourcen

Die Hauptkategorie „Ressourcen“ umfasst insgesamt rund 41 codierte Textsegmente und 6 Subkategorien und beschreibt Faktoren, die Betroffene dabei unterstützen, mit rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen umzugehen. Die Berichte zeigen, dass soziale Netzwerke, kollektive Strukturen und unterstützende Einzelpersonen eine wichtige stabilisierende Funktion einnehmen. Ressourcen wirken dabei als Gegengewicht zu Belastungen und stärken Handlungsfähigkeit, Resilienz und Vertrauen.

a. Erfahrungsaustausch und gegenseitige Unterstützung in Schwarzen Communities

Ein zentraler Bereich dieser Kategorie betrifft soziale Netzwerke:

- Gemeinschaften als Orte der Unterstützung und Validierung (5 Segmente)
Teilnehmende berichten, dass Austausch in der eigenen Community entscheidend dazu beiträgt, Erfahrungen einzuordnen, zu verarbeiten und nicht zu individualisieren. Die Bestätigung durch andere Betroffene wirkt dabei entlastend und stärkt das Gefühl kollektiver Zugehörigkeit.

Diese kollektive Validierung reduziert Zweifel an der eigenen Wahrnehmung und bietet emotionalen Rückhalt.

b. Verbündetenschaft (Allyship) und soziale Unterstützung

Besonders häufig codiert wurden Formen der Unterstützung durch Einzelpersonen:

- Allyship (13 Segmente): Teilnehmende beschreiben Unterstützung durch weiße Kolleg:innen, Fachkräfte oder Vertrauenspersonen, die aktiv intervenieren, Diskriminierung benennen oder Betroffene stärken.
- Validierung der Erfahrungen durch andere (12 Segmente): Die Anerkennung erlebter Diskriminierung — sowohl durch Betroffene als auch durch Verbündete — hat eine entlastende und stabilisierende Wirkung.

Allyship wird als wichtig beschrieben, weil es Betroffene sowohl im unmittelbaren Umgang mit rassistischen Erfahrungen unterstützt als auch dazu beiträgt, die Verantwortung für antirassistische Arbeit und strukturelle Veränderungen nicht ausschließlich auf Schwarze Personen zu übertragen.

c. Weitere Ressourcen im Gesundheitskontext

Weitere, weniger häufig genannte Formen der Unterstützung sind:

- Motivation/Engagement von Fachkräften (5 Segmente): Positives Engagement einzelner Gesundheitsfachperson — etwa Empathie, Geduld oder Bereitschaft zuzuhören — trägt dazu bei, eine sichere Versorgungssituation zu schaffen.
- Hilfe zur Navigation im Gesundheitswesen (3 Segmente): Unterstützung durch Personen, die beim Verständnis von Abläufen, Formularen oder Zugängen helfen, erleichtert Betroffenen die Orientierung im System.

Diese Punkte verdeutlichen, dass Ressourcen sowohl im persönlichen Umfeld als auch innerhalb von Institutionen entstehen können.

Qualitative Vertiefung

Die qualitative Analyse zeigt, dass Ressourcen eine zentrale Rolle bei der Bewältigung diskriminierender Erfahrungen spielen. Sie:

- mildern psychische Belastungen,
- stärken Selbstwirksamkeit,
- bieten Schutz vor Isolation,
- ermöglichen konstruktive Handlungsstrategien,
- fördern Vertrauen — zumindest in einzelne Personen oder Netzwerke.

Besonders bedeutsam ist der Hinweis, dass Ressourcen häufig nicht strukturell verankert sind. Vielmehr beruhen sie auf individuellen Beziehungen oder kollektivem Engagement in der Community. Dadurch sind sie zwar wertvoll, aber nicht garantiert verfügbar und abhängig von Zugang, Zeit, Emotionalität und sozialem Kapital.

Die Hauptkategorie zeigt, dass Ressourcen vor allem in sozialen Netzwerken, solidarischen Beziehungen und unterstützenden Tätigen des Gesundheitswesens liegen. Sie bieten Betroffenen Entlastung, Bestätigung und Orientierung und wirken den negativen Folgen rassistischer Diskriminierung entgegen. Gleichzeitig verdeutlicht das Datenmaterial, dass solche Ressourcen häufig informell und ungleich verteilt sind — und damit nicht die strukturellen Ungleichheiten ausgleichen können, die Rassismus im Gesundheitswesen erzeugt.

3.2.3.12 Hauptkategorie 12: Lösungsansätze

Die Hauptkategorie „*Lösungsansätze*“ umfasst insgesamt 230 codierte Textsegmente und 15 Subkategorien und beschreibt Vorschläge der Teilnehmenden zur Verbesserung von Gleichbehandlung und antirassistischer Praxis im Gesundheitswesen. Die Aussagen zeigen, dass Betroffene sowohl strukturelle Reformen als auch verbindliche Regelmechanismen, Bildungsmaßnahmen und institutionelle Veränderungen als notwendig erachten. Die Kategorie verdeutlicht, dass punktuelle oder symbolische Maßnahmen nicht ausreichen und dass nachhaltige Veränderung systemische Anpassungen erfordert.

a. Kritik an symbolischen Maßnahmen und unzureichenden Interventionen

Ein wichtiger Ausgangspunkt ist die Kritik an oberflächlichen oder unverbindlichen Maßnahmen:

- Kritik an symbolischen Maßnahmen / „Wokewashing“ / Tokenism (17 Segmente): Teilnehmende äußern, dass reine Imagekampagnen, Vielfaltsposter oder symbolische Repräsentation nicht zu realer Gleichbehandlung führen, wenn strukturelle Veränderungen ausbleiben.

Besonders kritisch bewertet wird, wenn Schwarze Personen zwar sichtbar gemacht, jedoch nicht in Entscheidungsprozesse eingebunden werden.

b. Institutionelle Strukturen zur Meldung, Sanktionierung und Prävention

Viele Lösungsansätze beziehen sich auf institutionelle Verantwortungsmechanismen:

- Antirassismusstelle (24 Segmente): Teilnehmende fordern zentrale, klar verankerte Stellen für Beschwerden, Beratung und Intervention.
- Beschwerde- und Meldestrukturen (20 Segmente): Gewünscht werden niederschwellige und transparente Verfahren, die Betroffene ernst nehmen und institutionell abgesichert sind.
- Verbindliche Regelungen / Sanktionen (17 Segmente): Betonte Forderung nach klaren rechtlichen und organisatorischen Konsequenzen bei rassistischem Verhalten.

- Kontrollinstanz/Dokumentation (5 Segmente): Dokumentation von Vorfällen soll systematische Muster sichtbar machen und Grundlage für Maßnahmen bilden.

Diese Subkategorien zeigen ein deutliches Bedürfnis nach Verbindlichkeit, nicht nur nach freiwilligen oder unverbindlichen Angeboten

c. Bildung, Sensibilisierung und strukturelle Verankerung in Ausbildung und Praxis

Ein stark vertretener Lösungsbereich betrifft Bildungsmaßnahmen:

- Wissensvermittlung und Aufklärung (80 Segmente)
- Implementierung in Ausbildung/Studium (23 Segmente)
- Fort-/Weiterbildung (19 Segmente)
- Diversitäts- und Antirassismustraining (13 Segmente)

Teilnehmende betonen, dass Wissen über:

- Rassismus und Diskriminierungsmechanismen,
- historische Hintergründe,
- koloniale Kontinuitäten,
- spezifische Bedarfe Schwarzer Patient:innen

verpflichtend und praxisnah vermittelt werden muss.

Es wird mehrfach hervorgehoben, dass solche Inhalte häufig fehlen oder nur oberflächlich behandelt werden.

d. Repräsentation, Teilhabe und Machtverschiebung

Strukturelle Veränderungen betreffen auch die Zusammensetzung der Institutionen:

- Repräsentation und strukturelle Teilhabe (21 Segmente): Schwarze Personen sollen nicht nur sichtbar sein, sondern – entscheidend – an Entscheidungsprozessen beteiligt werden.
- Forschung (5 Segmente): Mehr Forschung zu Rassismus im Gesundheitswesen und zu spezifischen Bedarfen Schwarzer Menschen wird gefordert.

Zentrale Botschaft: Repräsentation ist wichtig, aber ohne Machtverschiebung bleibt sie symbolisch.

e. Sprachliche Zugänglichkeit und diversitätssensible Kommunikation

Strukturen sollen sprachlich und kulturell zugänglicher werden:

- Übersetzung und sprachliche Zugänglichkeit (9 Segmente): Teilnehmende fordern professionelle Dolmetschdienste, klare Kommunikation und mehrsprachige Informationsangebote.
- Communitybasierte Ansätze und Selbstorganisation (6 Segmente): Betont werden die Werte lokaler Community? Netzwerke, gegenseitiger Hilfe (mutual aid) und Migrant-Selbstorganisation als Ergänzung zu institutionellen Strukturen.

f. Evaluations- und Qualitätsmechanismen

Weitere Lösungsvorschläge beziehen sich auf Qualitätssicherung:

- Feedback/Evaluation (5 Segmente): Regelmäßige Überprüfung institutioneller Maßnahmen wird gefordert.
- Gedenk- und Aktionstage (2 Segmente): Diese dienen Bewusstseinsbildung, werden jedoch v. a. als ergänzende, nicht zentrale Maßnahme gesehen.
- Supervision/regelmäßige Teambesprechungen (5 Segmente): Diese sollen Reflexionsräume schaffen, um strukturelle Probleme zu erkennen und gemeinsam Lösungen zu entwickeln.
- Public Health / Politikbezogene Forderungen (3 Segmente): Reformen auf gesundheitspolitischer Ebene werden adressiert, insbesondere strukturelle Rahmenbedingungen und Ressourcen.

Qualitative Vertiefung

Die qualitativen Aussagen verdeutlichen, dass Betroffene klare Erwartungen an strukturelle, verbindliche und systemische Reformen haben. Sie lehnen Maßnahmen ab, die nur symbolisch bleiben oder Diversität als Image nutzen. Stattdessen werden gefordert:

- institutionelle Verantwortung statt individueller Freiwilligkeit,
- verpflichtende Schulungen statt einmaliger Workshops,
- strukturelle Teilhabe statt bloßer Repräsentation,
- funktionierende Beschwerdesysteme statt informeller Problemlösung,
- politische Maßnahmen statt rein organisatorischer Anpassung.

Besonders deutlich wird der Wunsch nach Sanktionen und klaren Verantwortlichkeiten — ein Hinweis darauf, dass Betroffene unzureichende institutionelle Reaktionen als zentrales Problem wahrnehmen.

Die Hauptkategorie zeigt, dass Betroffene vielfältige und konkrete Lösungsvorschläge formulieren, die weit über symbolische Hinweise hinausgehen. Sie fordern strukturelle Veränderungen, verbindliche Regelwerke, professionelle Meldewege, umfassende Bildungsmaßnahmen und eine stärkere Repräsentation Schwarzer Personen in Entscheidungsstrukturen. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass diskriminierungssensible Versorgung nur durch systemische, nachhaltige und institutionell verankerte Maßnahmen erreichbar ist.

3.2.3.13 Hauptkategorie 13: Veränderungswünsche

Die Hauptkategorie „Veränderungswünsche“ ist mit 200 codierten Textsegmenten und 24 Subkategorien eine der umfangreichsten Kategorien im gesamten Material. Sie zeigt, welche Veränderungen Teilnehmende auf institutioneller, gesellschaftlicher und individueller Ebene für notwendig halten, um Diskriminierung im Gesundheitswesen zu reduzieren und Gleichbehandlung zu

gewährleisten. Die Aussagen machen deutlich, dass Betroffene klare, konkrete und tiefgreifende Veränderungen erwarten — nicht nur punktuelle Anpassungen, sondern systemische Reformen.

a. Erwartungen an Institutionen

Die Subkategorie „an Institutionen“ ist mit 29 Segmenten die häufigste im gesamten Datensatz. Teilnehmende formulieren deutliche Erwartungen an Gesundheitsinstitutionen, darunter:

- mehr strukturelle Sensibilisierung und Wissen über Rassismus,
- angemessene Repräsentation und Anerkennung Schwarzer Personen,
- proaktive Maßnahmen zum Schutz vor Diskriminierung,
- transparente Beschwerde- und Interventionsmechanismen,
- sowie verbindliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Diese Erwartungen richten sich klar an die Leitung, an professionelle Standards und an institutionelle Verantwortlichkeit.

b. Erwartungen an gesellschaftlichen Wandel

Auch auf gesellschaftlicher Ebene formulieren Teilnehmende starke Veränderungswünsche:

- An gesellschaftlichen Wandel (29 Segmente): Hier geht es um breitere Prozesse sozialer Transformation:
 - mehr Gleichberechtigung,
 - weniger Normalisierung rassistischer Diskriminierung,
 - mehr kollektives Bewusstsein für Ungleichheiten,
 - politische Reformen im Bereich Integration, Gesundheit und Antidiskriminierung.
- Normalität/Gleichberechtigung (14 Segmente): Teilnehmende wünschen sich eine Gesellschaft, in der gleiche Behandlung selbstverständlich ist und Schwarze Menschen nicht „anders“ markiert werden.
- Strukturelle/politische Veränderungen (15 Segmente): Dazu gehören z. B. Reformen in Gesundheitspolitik, Ausbildungsstandards, sozialpolitischen Rahmenbedingungen oder Migrationsrecht.

Die Erwartungen zeigen, dass Diskriminierung als gesellschaftlich produziertes und verankertes Problem verstanden wird.

c. Erwartungen an Wissensvermittlung, Sichtbarkeit und Sensibilisierung

Eine weitere, stark vertretene Erwartung betrifft das Thema Bildung:

- Wissensvermittlung/Sensibilisierung (24 Segmente): Gewünscht wird, dass rassismuskritische Inhalte fester Bestandteil von medizinischer, pflegerischer und sozialer Ausbildung werden.

- Sichtbarkeit/Anerkennung/Repräsentation (28 Segmente): Sichtbarkeit wird sowohl als Bestärkung als auch als strukturelle Notwendigkeit verstanden. Zugleich wird gefordert, dass Schwarze Personen als Fachpersonal wie als Patient:innen stärker wahrgenommen und repräsentiert werden.
- Sprache/Übersetzungsangebote (6 Segmente): Erwartungen beziehen sich auf barrierefreie Kommunikation, professionelle Sprachmittlung und Informationen in mehreren Sprachen.
- Sensibilität im Umgang (9 Segmente): Fachkräfte sollen über kulturelle und rassismusspezifische Sensibilität verfügen, um Missverständnisse, Entwürdigung und stereotype Zuschreibungen zu vermeiden.

Diese Erwartungsdimension steht in engem Zusammenhang mit strukturellen Wissenslücken, die Teilnehmende zuvor in anderen Kategorien beschrieben haben.

d. Erwartungen an institutionelle Unterstützung und psychosoziale Angebote

Teilnehmende betonen die Notwendigkeit unterstützender Strukturen:

- Institutionelle Beratungsangebote/Supervision (7 Segmente): Regelmäßige Supervision und unabhängige Beratungsstellen sollen Betroffene entlasten und Fachkräften Reflexionsräume bieten.
- Empowerment/Hilfe zur Selbsthilfe (4 Segmente): Erwartet wird, dass Institutionen Angebote fördern, die Betroffene stärken und ihnen Handlungsspielräume eröffnen.
- Versorgungssicherheit (ein Segment): Einzelne sprechen explizit die Erwartung an, dass Gesundheitsinstitutionen eine sichere Versorgung unabhängig von Hautfarbe gewährleisten.

e. Erwartungen an sich selbst und an die Community

Ein kleinerer Teil der Segmente betrifft persönliche Erwartungen:

- An/für sich selbst (3 Segmente): Teilnehmende formulieren beispielsweise den Wunsch, selbstbewusster aufzutreten oder strukturelle Bedingungen aktiver herauszufordern.
- Offener Austausch (2 Segmente): Zwischenmenschliche Offenheit und Dialog werden als konstruktiver Weg zur Veränderung gesehen.
- Enthierarchisierung (2 Segmente): Hier wurde der Wunsch nach weniger hierarchischen Strukturen im Gesundheitssystem angesprochen.

f. Erwartungen im Kontext Critical Whiteness und Antirassismus

Weitere Segmente betreffen das Reflexionsvermögen weißer Mehrheitsstrukturen:

- Teilnehmende formulieren die Erwartung, dass weiße Beschäftigte im Gesundheitswesen sowie verantwortliche Institutionen ihre eigene Position innerhalb rassifizierter Macht- und Privilegienstrukturen kritisch reflektieren und daraus aktive Schritte zur Veränderung institutioneller Routinen, Entscheidungsprozesse und organisationaler Kulturen ableiten.

- Konsequenzen/Sanktionen (2 Segmente): Rassistisches Verhalten soll nicht folgenlos bleiben, sondern klar sanktioniert werden.

Qualitative Vertiefung

Die Erwartungskategorie zeichnet ein klares Bild: Betroffene wollen nicht nur individuelle Verbesserungen, sondern strukturelle, politische und institutionelle Veränderungen. Zentrale qualitative Muster sind:

- Institutionen sollen Verantwortung übernehmen, statt Betroffene mit der Bewältigung allein zu lassen.
- Gesellschaftliche Strukturen sollen sich so verändern, dass Gleichbehandlung selbstverständlich wird.
- Wissen über Rassismus soll nicht optional oder projektbezogen sein, sondern curricular verankert und kontinuierlich entwickelt werden.
- Rassismuskritik soll ein fester Bestandteil professioneller Standards werden.
- Betroffene erwarten nicht nur bessere Kommunikation, sondern Respekt, Anerkennung und Sicherheit.

Viele Aussagen zeigen eine deutliche Diskrepanz zwischen den bisherigen Erfahrungen und den gewünschten Standards eines gerechten Gesundheitssystems.

Die Hauptkategorie zeigt, dass die Erwartungen der Teilnehmenden sehr klar, konkret und strukturell orientiert sind. Betroffene fordern stärkere institutionelle Verantwortlichkeit, verbindliche antirassistische Maßnahmen, verbesserte Wissensvermittlung, mehr Sichtbarkeit Schwarzer Personen, gesellschaftlichen Wandel und psychosoziale Unterstützungsangebote. Die formulierten Erwartungen machen deutlich, dass Gleichbehandlung im Gesundheitswesen nur durch umfassende politische, institutionelle und kulturelle Reformen erreichbar ist.

3.2.3.14 Hamburgspezifische Besonderheiten

Die Kategorie „*Hamburgspezifische Besonderheiten*“ umfasst 14 codierte Textsegmente und beschreibt Hinweise der Teilnehmenden auf lokale Besonderheiten der Stadt Hamburg, die sich auf die Gesundheitsversorgung, auf Diskriminierungserfahrungen und auf institutionelle Rahmenbedingungen auswirken. Obwohl diese Kategorie quantitativ kleiner ausfällt, liefert sie wichtige Hinweise darauf, wie regionale Strukturen Ungleichbehandlung begünstigen oder erschweren können.

a. Regionale institutionelle Strukturen

Mehrere Aussagen der Teilnehmenden beziehen sich auf die Hamburger Gesundheits- und Unterstützungslandschaft. Hierzu zählen:

- Erfahrungen mit spezifischen Krankenhäusern, Behörden und Beratungsstellen in Hamburg,

- die Verfügbarkeit oder Nichtverfügbarkeit bestimmter Angebote,
- regionale Unterschiede in personeller Zusammensetzung und Sensibilisierung.

Teilnehmende berichten, dass es in Hamburg zwar einzelne sensibilisierte Einrichtungen gibt, aber insgesamt ein deutlicher Mangel an systematisch verankerten Antirassismusstrukturen spürbar ist.

b. Historisch-kulturelle und politische Kontextfaktoren

Einige Teilnehmende verweisen auf lokale Besonderheiten Hamburgs, unter anderem:

- Hamburgs spezifische Migrationsgeschichte und koloniale Verflechtungen,
- die Wahrnehmung der Stadt als „liberal“ und „weltoffen“, die jedoch aus Sicht der Betroffenen nicht immer mit den tatsächlichen Erfahrungen übereinstimmt,
- unterschiedliche Erfahrungen mit Stadtteilen oder sozialen Milieus.

Diese Aspekte werden als Hintergrundfolie verstanden, die mitentscheidet, wie Rassismus lokal erfahren oder sichtbar wird.

c. Ressourcen und Herausforderungen auf lokaler Ebene

Einige Aussagen verweisen darauf, dass Hamburg sowohl Ressourcen (z. B. migrantische Organisationen, zivilgesellschaftliche Netzwerke) als auch strukturelle Herausforderungen (z. B. Engpässe in öffentlichen Anlaufstellen, unzureichende Übersetzungs- oder Beratungsangebote) bietet.

Ein wiederkehrendes Thema ist die Diskrepanz zwischen Anspruch und Realität:

- Hamburg wird als Stadt mit antirassistischen Initiativen dargestellt,
- aber die praktische Umsetzung wird als lückenhaft, teilweise unkoordiniert oder institutionell wenig verbindlich beschrieben.

Qualitative Vertiefung

Die Hamburg-spezifischen Hinweise zeigen, dass lokale Gegebenheiten einen spürbaren Einfluss auf Diskriminierungserfahrungen haben. Dabei wird deutlich:

- Lokale Strukturen sind entscheidend für Zugänge, etwa durch regionale Behörden, Sozialleistungssysteme oder Krankenhauslandschaften.
- Hamburgs Selbstverständnis als weltoffene Stadt schützt Betroffene nicht vor struktureller Diskriminierung — im Gegenteil, es kann die Sichtbarkeit des Problems erschweren.
- Die Verfügbarkeit unterstützender Communitystrukturen mildert Belastungen, reicht aber nicht aus, um institutionelle Lücken auszugleichen.

Die Kategorie zeigt, dass Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen auch regional geprägt sind. In Hamburg bestehen spezifische Herausforderungen — etwa begrenzte institutionelle Unterstützungsangebote, fehlende verbindliche Antirassismusstrukturen und Unterschiede zwischen

Stadtteilen und Einrichtungen. Trotz vorhandener zivilgesellschaftlicher Ressourcen bleibt die Wahrnehmung, dass strukturelle Veränderungen notwendig sind, um tatsächliche Gleichbehandlung zu erreichen.

3.3. Darstellung der quantitativen Ergebnisse

Die quantitativen Rahmendaten ergänzen die qualitativen Befunde, indem sie zentrale sozioökonomische, gesundheitliche und diskriminierungsbezogene Merkmale der teilnehmenden Schwarzen und weißen Personen sichtbar machen. Die Ergebnisse ermöglichen einen systematischen Vergleich zwischen beiden Gruppen und verdeutlichen strukturelle Unterschiede in Lebenslagen, Gesundheitszustand und Versorgungserfahrungen. Dabei liefern sie wichtige Hinweise darauf, wie finanzielle Ressourcen, soziale Netzwerke, gesundheitliche Belastungen und Diskriminierungserfahrungen in die Nutzung des Gesundheitssystems hineinwirken können. Im Folgenden werden die Ergebnisse entlang zentraler Themenbereiche dargestellt, um die quantitativen Muster in den Daten nachvollziehbar und differenziert abzubilden.

3.3.1. Finanzielle Ressourcen

Die finanzielle Situation der Teilnehmenden unterschied sich deutlich zwischen beiden Gruppen. Während sich die Einkommen der Schwarzen Personen insgesamt stärker in den unteren Einkommensbereichen konzentrierten – besonders im Bereich zwischen 900 und 1300 Euro (20,6 %) und 2000 bis 2600 Euro (14,7 %) – lagen die Einkommen der weißen Teilnehmenden häufiger im mittleren Einkommenssegment zwischen 3600 und 5000 Euro (30,8 %).

Diese Unterschiede spiegeln sich auch in den finanziellen Belastungen wider: Mehr als ein Drittel der Schwarzen Befragten (34,3 %) gab an, dass finanzielle Sorgen ihre Gesundheitsversorgung beeinträchtigen – etwa durch Kosten für Transport, Hilfsmittel oder gesunde Ernährung. Unter den weißen Teilnehmenden berichtete hingegen niemand von solchen finanziellen Einschränkungen. Die Ergebnisse zeigen somit eine strukturelle Ungleichheit, die den Zugang zu gesundheitlichen Ressourcen unmittelbar beeinflussen kann.

3.3.2. Soziale Kontakte und Sorgeverantwortung

Beide Gruppen verfügten über stabile soziale Netzwerke. Sämtliche Schwarzen Teilnehmenden gaben an, mindestens eine Vertrauensperson zu haben; die Mehrheit von ihnen konnte sich sogar auf drei bis fünf enge Bezugspersonen verlassen (s. Abb 1). Unter den weißen Teilnehmenden zeigte sich ein ähnliches Muster: Auch hier berichteten über 90 %, dass sie sich auf mindestens eine Person verlassen können, wobei die Gruppe mit drei bis fünf Vertrauenspersonen am häufigsten vertreten war.

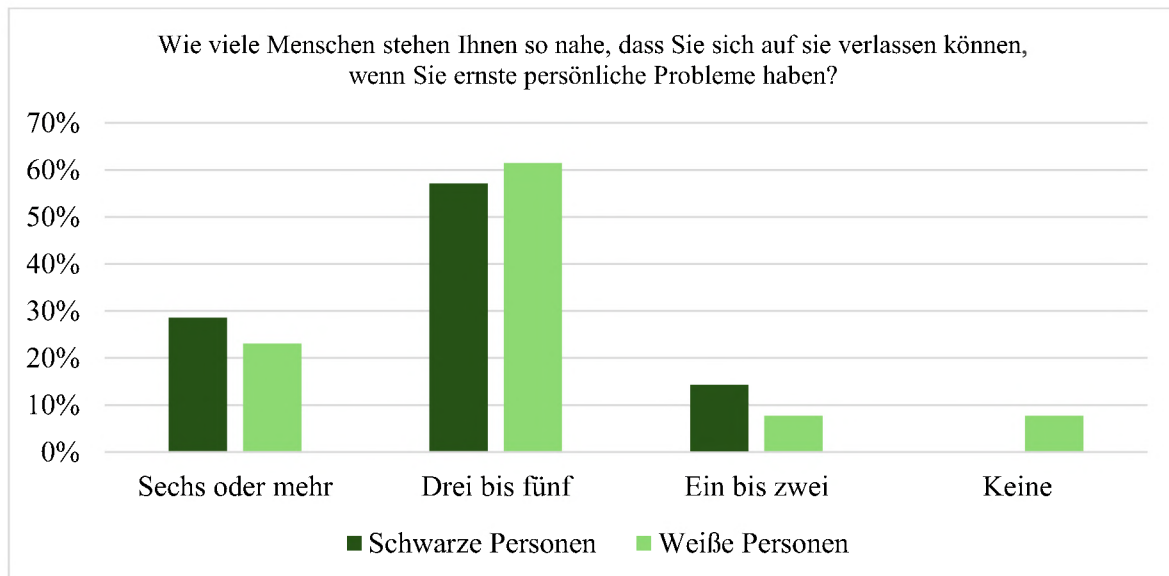


Abbildung 1: Prozentuale Verteilung der Anzahl enger Vertrauenspersonen bei persönlichen Problemen

Hinsichtlich der Sorgeverantwortung bestanden deutliche Unterschiede. Schwarze Personen übernahmen weit häufiger Verantwortung für andere – insgesamt 37,1 %, meist für Kinder unter 14 Jahren. Unter den weißen Teilnehmenden lag dieser Anteil deutlich niedriger (16,7 %).

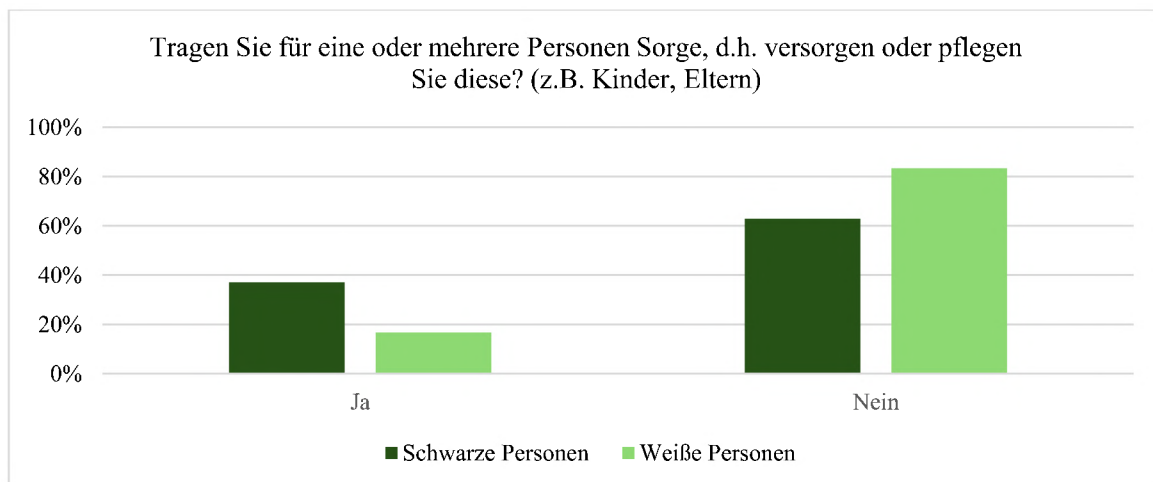


Abbildung 2: Selbstberichtete Sorgeverantwortung der Teilnehmenden für Angehörige oder Bezugspersonen

Die höhere familiäre Sorgearbeit unter Schwarzen Teilnehmenden kann als zusätzlicher sozialer und zeitlicher Belastungsfaktor wirken und ist vor dem Hintergrund der weiteren Ergebnisse besonders relevant.

3.3.3. Gesundheitszustand

Der allgemeine Gesundheitszustand wurde von 84,6 % der weißen Befragten als sehr gut bis gut eingeschätzt; 15,4 % bewerteten ihn als mittelmäßig, niemand als schlecht (n=13). Unter den Schwarzen

Befragten stufen 74,2 % ihren Gesundheitszustand als sehr gut bis gut, 20 % als mittelmäßig und 5,7 % als schlecht ein (n=35).

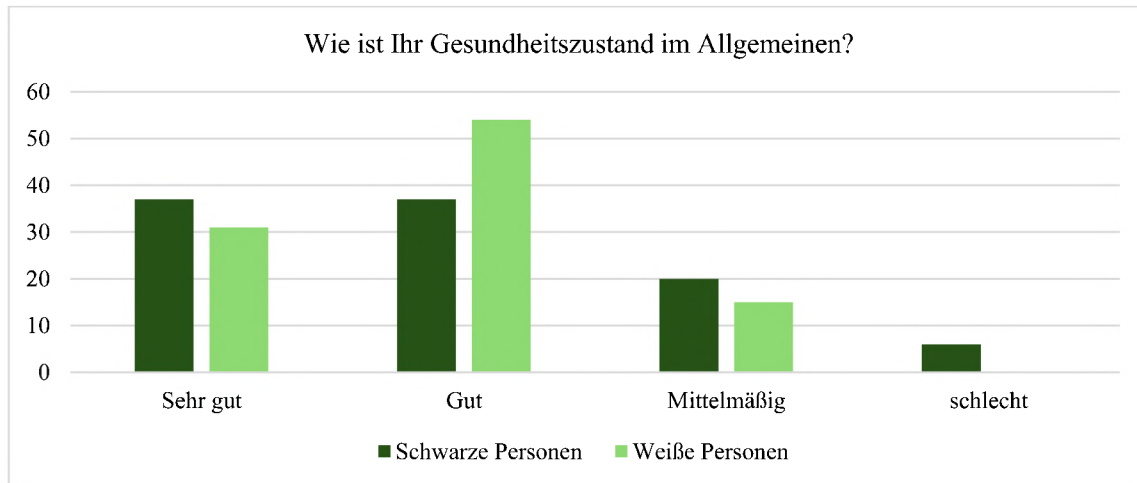


Abbildung 3: Prozentuale Verteilung des selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustands nach Gruppe

Körperlicher Gesundheitszustand und chronische Erkrankungen

Der aktuelle körperliche Gesundheitszustand wurde von 76,9 % der weißen Teilnehmenden als sehr gut bis gut eingeschätzt, 23,1 % stuften ihn als mittelmäßig ein; niemand bewertete ihn als schlecht oder sehr schlecht (n=13). Bei den Schwarzen Teilnehmenden lag dieser Anteil bei 68,6 % (sehr gut/gut), 25,7 % bewerteten ihren Zustand als mittelmäßig und 5,8 % als schlecht bis sehr schlecht (n=35).

Chronische oder lang andauernde gesundheitliche Probleme gaben 30,8 % der weißen und 51,4 % der Schwarzen Befragten an. Während 53,8 % der weißen Teilnehmenden angaben, keine entsprechenden Beschwerden zu haben, traf dies auf 42,9 % der Schwarzen Teilnehmenden zu. Die Unsicherheitsquote („weiß nicht“) lag bei 15,4 % (weiß) und 5,7 % (Schwarz).

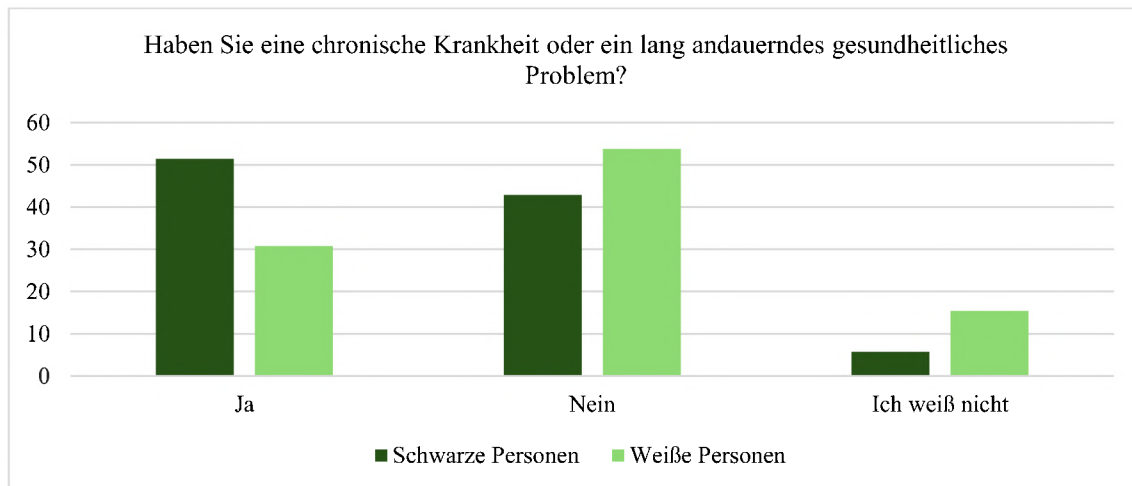


Abbildung 4: Anteil der Teilnehmenden mit chronischer Erkrankung oder lang andauerndem gesundheitlichen Problem

Psychische Gesundheit (PHQ-4)

Zur Erfassung depressiver und angstbezogener Symptome wurde der PHQ-4 eingesetzt. Die Teilnehmenden beantworteten vier standardisierte Fragen zu ihrem psychischen Befinden in den vergangenen zwei Wochen. Die Häufigkeit der Symptome wurde differenziert erfasst (von „überhaupt nicht“ bis „beinahe täglich“) und erlaubt sowohl eine Einzelbetrachtung als auch eine Einordnung in Schweregrade psychischer Belastung.

Selbstberichtete Symptome

Wenig Interesse oder Freude an Tätigkeiten wurde von einem Großteil beider Gruppen zumindest gelegentlich berichtet.

- 69,2 % der weißen und 68,6 % der Schwarzen Teilnehmenden gaben an, an einzelnen Tagen kaum Interesse oder Freude an Aktivitäten zu haben.
- Während 30,8 % der weißen Befragten angaben, hiervon nicht betroffen zu sein, lag dieser Anteil bei Schwarzen Teilnehmenden bei 25,7 %.
- Häufige oder tägliche Beeinträchtigungen wurden in beiden Gruppen seltener benannt (weiß: 0 %, schwarz: 20 %).

Gefühle von Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit traten deutlich häufiger bei Schwarzen Teilnehmenden auf:

- 34,7 % berichteten über mehrheitlich wiederkehrende oder tägliche Symptome, 45,7 % an einzelnen Tagen und nur 25,7 % überhaupt nicht.
- Bei den weißen Teilnehmenden lag der Anteil mit häufiger Belastung bei 15,4 %, 30,8 % waren an einzelnen Tagen betroffen und 53,8 % gaben an, keine solchen Gefühle zu haben.

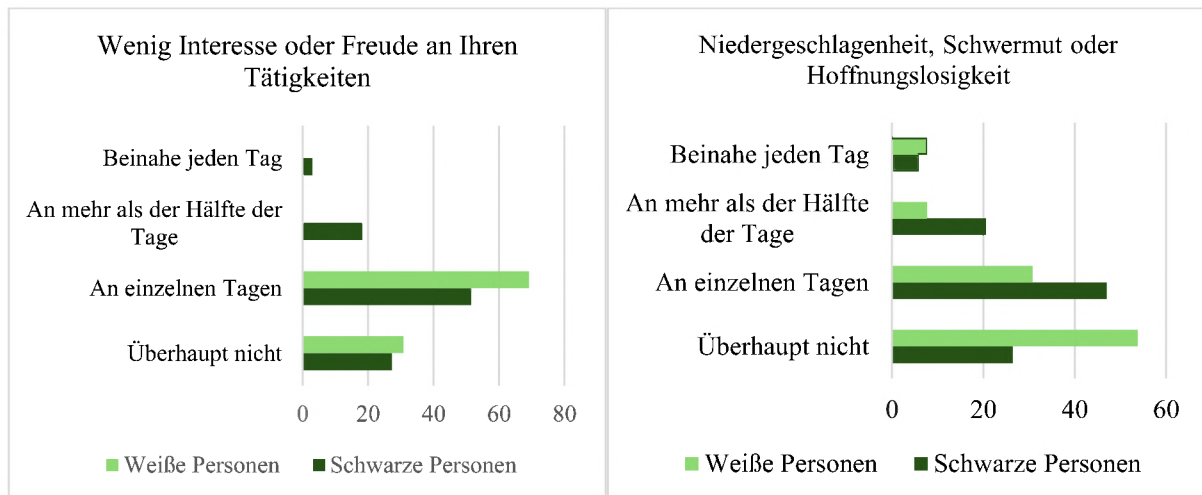


Abbildung 5: prozentuale Häufigkeit an selbstberichteten Symptomen bei Weißen und Schwarzen Personen

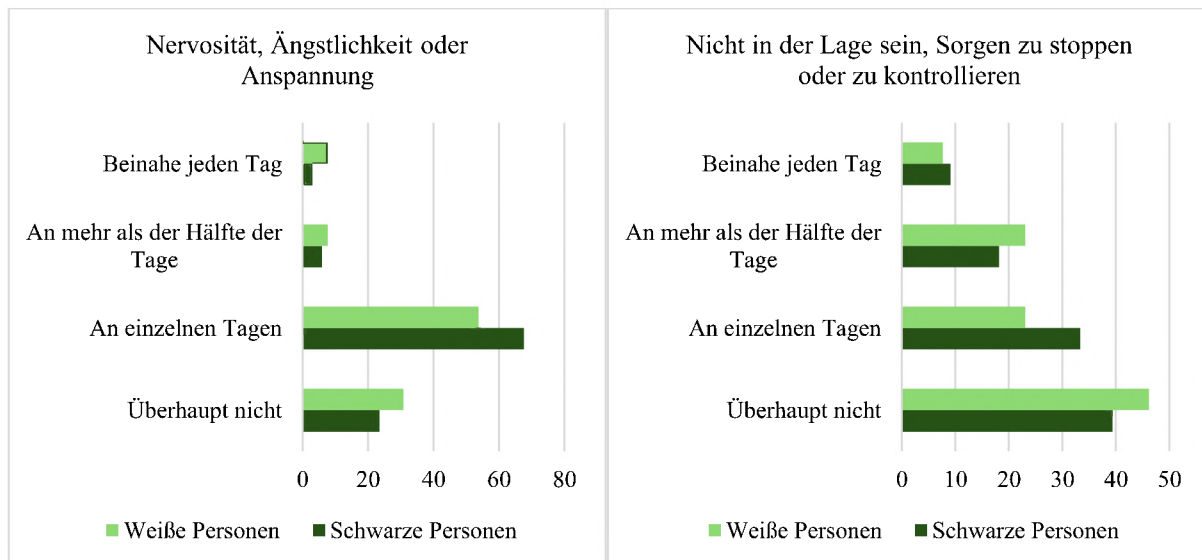


Abbildung 6: Verteilung psychischer Belastung gemäß PHQ-4

Nervosität, Ängstlichkeit oder innere Anspannung war insbesondere bei Schwarzen Teilnehmenden stark verbreitet:

- 65,7 % berichteten darüber an einzelnen Tagen, weitere 8,6 % sogar häufig oder täglich.
- Unter den weißen Teilnehmenden traten diese Symptome bei 53,8 % gelegentlich, bei 15,4 % häufig auf, während 30,8 % angaben, keine entsprechenden Gefühle erlebt zu haben.

Das Gefühl, Sorgen nicht stoppen oder kontrollieren zu können wurde ebenfalls häufiger von Schwarzen Teilnehmenden beschrieben:

- 31,4 % erlebten dies an einzelnen Tagen, 25,7 % berichteten über mehrheitlich oder tägliche Belastung.

- Unter den weißen Teilnehmenden lag der Anteil bei 46,2 % ohne Beschwerden, 23,1 % mit moderater und 30,8 % mit gelegentlicher Belastung.

Zusammenfassung des PHQ-4-Gesamtscores

Auf Basis des PHQ-4-Gesamtscores ergibt sich folgendes Bild:

- Unter den weißen Teilnehmenden (n=13) wiesen 46,2 % Anzeichen psychischer Belastung auf. Davon lagen bei je 7,7 % moderate bzw. schwere Symptome vor, bei 30,8 % eine leichte Belastung. Mehr als die Hälfte (53,8 %) zeigte keine Hinweise auf depressive oder angstbezogene Symptomatik.
- Unter den Schwarzen Teilnehmenden (n=35) lag der Anteil psychisch belasteter Personen bei 69,7 %. Davon zeigten 51,5 % leichte, 12,1 % moderate und 6,1 % schwere Symptome. Nur 30,3 % der Teilnehmenden wiesen keine psychische Belastung auf.

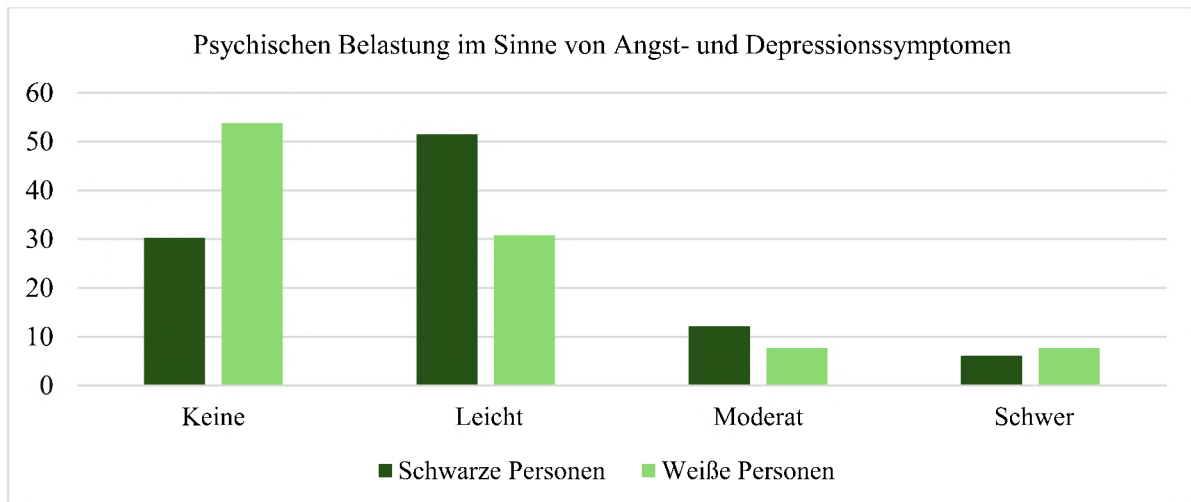


Abbildung 7: Verteilung psychischer Belastung nach Schweregrad gemäß PHQ-4

Die Ergebnisse zeigen, dass psychische Belastungen unter Schwarzen Teilnehmenden nicht nur häufiger auftreten, sondern auch in stärkerer Ausprägung vorhanden sind. Besonders auffällig sind Symptome wie Hoffnungslosigkeit, Anspannung und Kontrollverlust über Sorgen. Diese Unterschiede verweisen auf kumulative Belastungsfaktoren, die über klassische Stressoren hinausgehen und möglicherweise mit Diskriminierungs- und Exklusionserfahrungen in Zusammenhang stehen.

3.3.4. Einschränkungen im Alltag durch gesundheitliche Probleme

Die Mehrheit der Befragten berichtete keine oder nur geringe Beeinträchtigungen bei alltäglichen Aktivitäten durch gesundheitliche Probleme. Unter den weißen Teilnehmenden gaben 61,5 % an, nicht eingeschränkt zu sein, bei den Schwarzen Teilnehmenden lag dieser Anteil mit 60 % vergleichbar hoch. Leichte Einschränkungen erlebten 30,8 % der weißen und 25,7 % der Schwarzen Personen. Mäßige Einschränkungen wurden häufiger von Schwarzen Teilnehmenden angegeben (11,4 % gegenüber 7,7 %

bei weißen Personen). Eine starke Einschränkung des Alltags durch gesundheitliche Beschwerden berichteten 8,6 % der Schwarzen, aber keine der weißen Befragten.

Die Ergebnisse deuten auf eine insgesamt ähnliche Belastungssituation hin, zeigen jedoch bei stärkeren Einschränkungsgraden eine etwas höhere Betroffenheit unter Schwarzen Teilnehmenden.

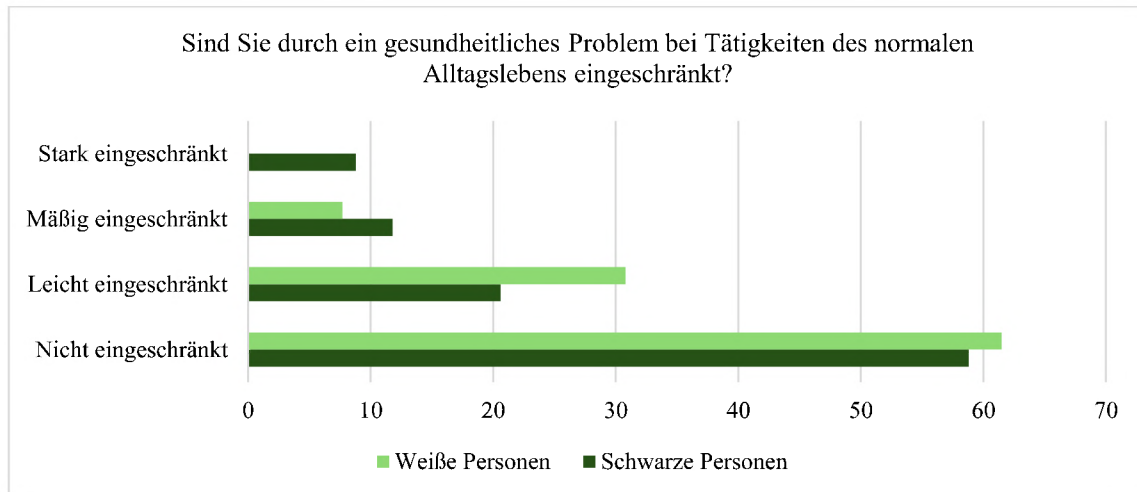


Abbildung 8: Selbstberichtete Alltagsbeeinträchtigung durch gesundheitliche Probleme

3.3.5. Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Die allgemeine medizinische Versorgung wurde von beiden Gruppen nahezu vollständig in Anspruch genommen. Fast alle Schwarzen Teilnehmenden (97,1 %) sowie 92,3 % der weißen Befragten hatten in den vergangenen zwölf Monaten ärztliche Untersuchungen, Beratungen oder Behandlungen genutzt.

Im Bereich der psychologischen oder psychotherapeutischen Versorgung traten jedoch deutliche Unterschiede zutage. Zwar hatten 33,3 % der Schwarzen Teilnehmenden innerhalb des letzten Jahres einen psychotherapeutischen Kontakt, jedoch berichteten mehrere Personen, dass sie die Suche nach einem Termin aufgegeben hätten oder sich nicht trautes, Unterstützung zu suchen – aus Sorge, nicht ernst genommen zu werden. Diese Barrieren wurden von weißen Teilnehmenden kaum benannt. Unter ihnen gab rund ein Drittel an, in psychologischer Behandlung gewesen zu sein, einige warteten noch auf einen Termin oder sahen keinen Bedarf.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass nicht nur strukturelle, sondern auch wahrgenommene oder erwartete Ungleichbehandlungen den Zugang zu psychischer Gesundheitsversorgung insbesondere für Schwarze Personen erschweren.

3.3.6. Emotionale Befindlichkeit im Alltag

Die Abbildung zeigt die Häufigkeit verschiedener selbstberichteter Gefühlszustände im Alltag. Insgesamt wird eine hohe emotionale Bandbreite sichtbar, in der sowohl belastende als auch positive Gefühle regelmäßig berichtet werden.

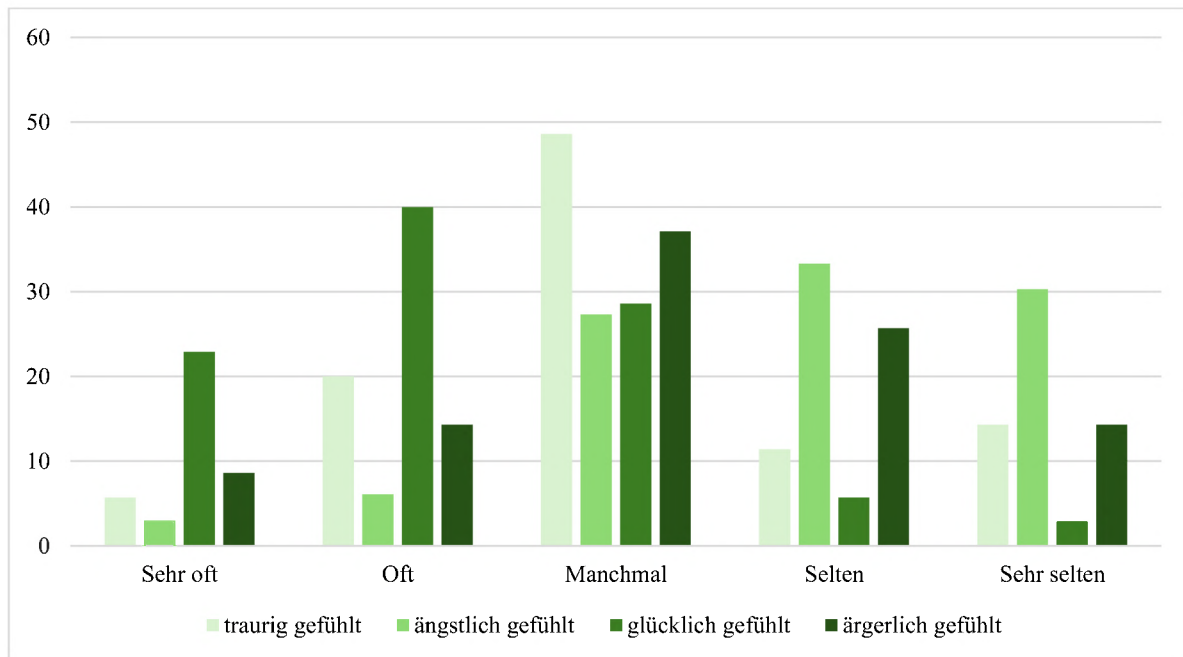


Abbildung 9: Häufigkeit selbstberichteter emotionaler Zustände im Alltag

- Positive Emotionen: Das Gefühl, sich glücklich gefühlt zu haben, wurde vergleichsweise häufig genannt. Rund 40 % der Befragten gaben an, sich oft glücklich gefühlt zu haben, weitere etwa 30 % berichteten dies manchmal. Nur wenige Teilnehmende fühlten sich selten oder sehr selten glücklich. Dies weist darauf hin, dass trotz bestehender Belastungen positive emotionale Ressourcen im Alltag weiterhin vorhanden sind.
- Belastende Emotionen: Besonders häufig wurde das Gefühl von Angst berichtet: 23 % der Befragten gaben an, sich sehr oft, weitere 40 % oft ängstlich gefühlt zu haben. Damit berichteten rund zwei Drittel der Teilnehmenden von regelmäßigen Angsterfahrungen. Traurigkeit wurde überwiegend mit „manchmal“ angegeben (über 45 %), während nur wenige Teilnehmende angaben, sich häufig traurig zu fühlen.
- Ambivalente emotionale Muster: Das Gefühl von Hilflosigkeit zeigte ein polarisiertes Antwortmuster. Während über 40 % der Befragten angaben, dieses Gefühl selten zu erleben, berichteten rund 20 % von häufigen oder sehr häufigen Hilflosigkeitserfahrungen. Dies deutet auf deutliche interindividuelle Unterschiede in der emotionalen Verarbeitung hin. Ärger wurde überwiegend als situativ beschrieben („manchmal“ ca. 40 %, „selten“ ca. 25 %) und stellte für die Mehrheit kein dauerhaft dominierendes Gefühl dar, war jedoch für einen relevanten Teil der Befragten regelmäßig präsent.

Insgesamt zeichnen die Ergebnisse ein emotional ambivalentes Bild: Während viele Teilnehmende regelmäßig positive Emotionen erleben, berichten gleichzeitig erhebliche Anteile von Angst,

Hilflosigkeit und gelegentlicher Traurigkeit. Diese Koexistenz von Ressourcen und Belastungen verweist auf eine emotionale Lage, wie sie häufig im Kontext chronischen Stresses und anhaltender Diskriminierungserfahrungen beschrieben wird.

3.3.7. Diskriminierungserfahrungen

Die Erfahrungen mit Diskriminierung im Gesundheitswesen und im gesellschaftlichen Alltag stellen für viele Schwarze Teilnehmende einen belastenden, teils regelmäßig wiederkehrenden Bestandteil ihres Lebens dar. Die Ergebnisse zeigen, dass diese Erfahrungen nicht punktuell oder vereinzelt auftreten, sondern systematisch und strukturell wirksam sind – mit spürbaren Folgen für das Vertrauen, die Versorgungserfahrungen und die psychische Gesundheit.

Wahrgenommene Ungleichbehandlung im Gesundheitswesen

Rund ein Drittel der Schwarzen Teilnehmenden gab an, oft oder sehr oft im Kontakt mit dem Gesundheitssystem ungerecht oder schlechter behandelt worden zu sein als andere (vgl. Abb. 11). Weitere 28,6 % erlebten solche Benachteiligung manchmal. Nur etwa jede:r Zehnte berichtete, nie von solcher Ungleichbehandlung betroffen gewesen zu sein.

Diese ungerechte Behandlung bezog sich nicht nur auf ärztliches Personal, sondern auch auf andere Berufsgruppen wie Sprechstundenhilfen, Pflegepersonal oder Verwaltungsmitarbeitende. Die Bewertungen machen deutlich, dass viele Schwarze Personen mit dem Gefühl in medizinische Einrichtungen gehen, dort nicht auf Augenhöhe behandelt zu werden oder in ihrer Person infrage gestellt zu werden.

Formen von Alltagsdiskriminierung

Auch außerhalb konkreter Versorgungssituationen machten Schwarze Befragte zahlreiche diskriminierende Erfahrungen im Alltag (vgl. Abb. 10), die häufig subtil, aber wiederholt auftreten. Besonders häufig genannt wurden folgende Situationen:

- Weniger respektvolle Behandlung als andere Menschen: Knapp 60 % der Teilnehmenden erlebten dies mindestens mehrmals im Jahr, rund ein Drittel sogar monatlich oder wöchentlich.
- Nicht ernst genommen werden: Über die Hälfte der Befragten berichtete, regelmäßig das Gefühl zu haben, von anderen nicht ernst genommen zu werden – sei es im medizinischen, beruflichen oder sozialen Kontext.
- Schlechterer Service als andere Menschen zu erhalten, wurde ebenfalls häufig genannt: Etwa 50 % machten diese Erfahrung wiederholt, etwa jede:r Fünfte sogar mindestens einmal im Monat.
- Vermeidungsverhalten anderer (z. B. Menschen verhalten sich ängstlich oder distanziert): Auch dies wurde von rund 40 % der Teilnehmenden regelmäßig beobachtet.

- Verbale Gewalt (Beleidigungen, Bedrohungen): Etwa ein Viertel der Befragten berichtete, mehrmals jährlich oder häufiger beleidigt oder bedroht worden zu sein.
- Körperliche Übergriffe kamen vergleichsweise selten vor, wurden jedoch von einer kleinen Gruppe als wiederkehrende Erfahrung benannt – ein klares Zeichen dafür, dass auch offene Gewalt nicht vollständig ausgeschlossen ist.

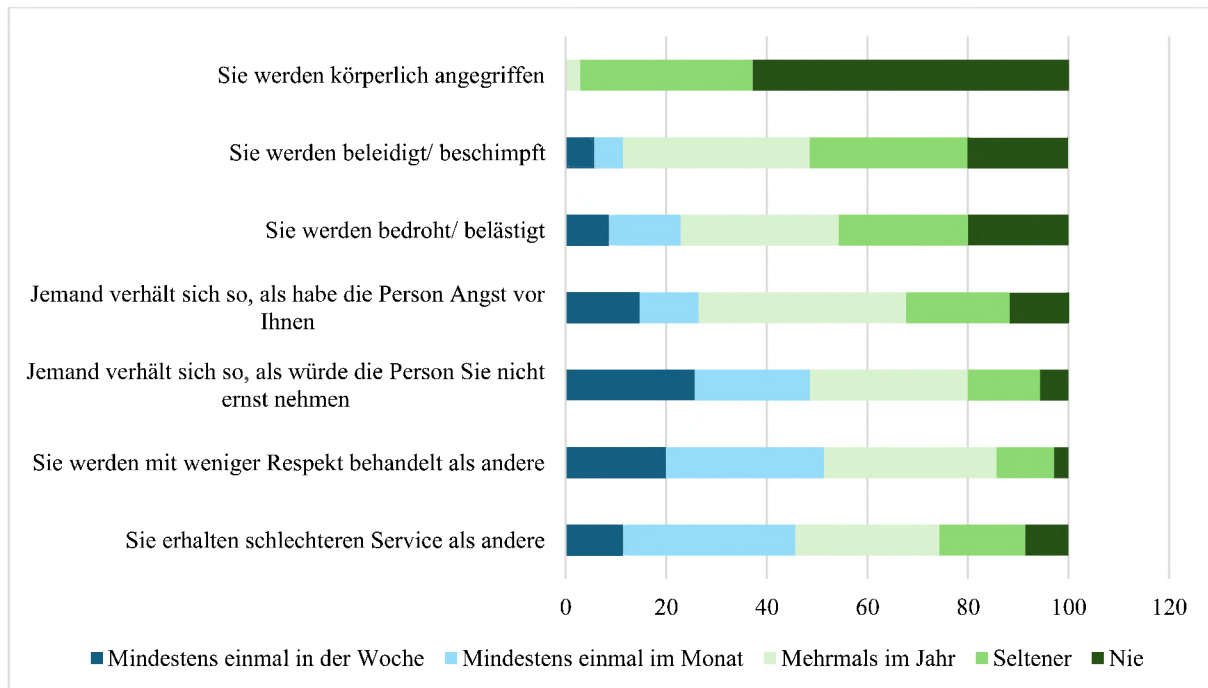


Abbildung 10: prozentuale Häufigkeit von verschiedenen Formen der Alltagsdiskriminierung

Ursachenzuschreibungen und Kontextfaktoren

Als Hauptursache für die Benachteiligung wurde in den offenen Angaben vor allem **Rassismus** in seinen verschiedenen Erscheinungsformen benannt – etwa durch:

- Hautfarbe oder äußeres Erscheinungsbild,
- den eigenen Namen oder einen wahrgenommenen „Migrationshintergrund“,
- nicht als ausreichend empfundene Deutschkenntnisse,
- sowie durch sozial wahrgenommene Abwertung aufgrund von Geschlecht, chronischer Erkrankung oder niedrigem sozioökonomischen Status.

Diese Diskriminierung wird somit intersektional erlebt: Rassismus wirkt häufig nicht isoliert, sondern überlagert sich mit anderen Formen der Benachteiligung.

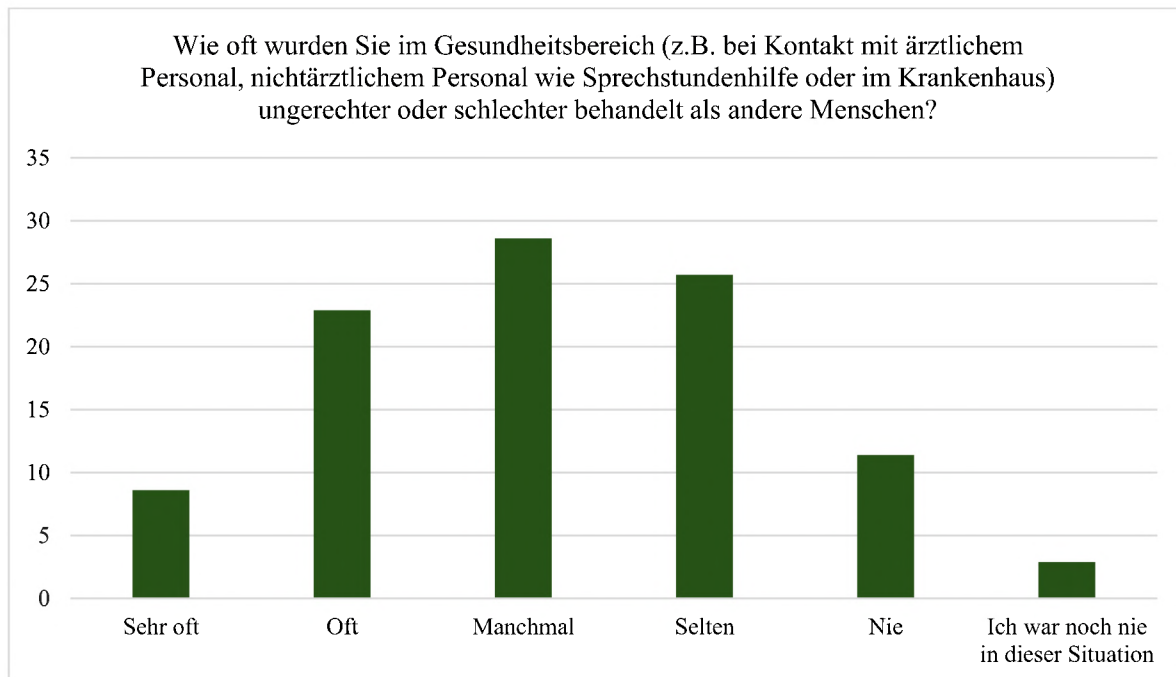


Abbildung 11: absolute Anzahl an wahrgenommenen Ungleichbehandlungen im Gesundheitswesen

Folgen für Vertrauen und Gesundheitsverhalten

Diese Erfahrungen haben direkte Auswirkungen auf das Vertrauen in das Gesundheitssystem. Zwei Drittel der Schwarzen Teilnehmenden gaben an, dem System nur eingeschränkt zu vertrauen; 11,4 % äußerten vollständiges Misstrauen.

In Kombination mit den berichteten psychischen Belastungen und den Hürden bei der Inanspruchnahme von Versorgung deutet sich hier ein Teufelskreis an: Diskriminierungserfahrungen untergraben nicht nur das subjektive Sicherheitsempfinden, sondern führen auch zu vermeidendem Verhalten, etwa bei der Suche nach Hilfe oder beim Mitteilen gesundheitlicher Beschwerden.

Diskriminierung ist für viele Schwarze Teilnehmende eine alltägliche Realität, die sich in subtilen Gesten, respektlosem Verhalten, schlechterem Service, aber auch in expliziter Ablehnung oder Gewalt zeigt. Diese Erfahrungen beeinträchtigen nicht nur das emotionale Wohlbefinden, sondern wirken sich konkret auf gesundheitliche Versorgung und Versorgungszugang aus. Sie müssen deshalb als strukturelles Gesundheitsrisiko begriffen und auf allen Ebenen adressiert werden – von der Ausbildung medizinischen Personals bis zur politischen Steuerung.

4. Diskussion der Ergebnisse

4.1. Zusammenführung qualitativer und quantitativer Ergebnisse

Die Kombination von qualitativen und quantitativen Daten eröffnet ein umfassendes Bild darüber, wie Schwarze und Weiße Teilnehmende das Hamburger Gesundheitssystem erleben. Beide Datensätze greifen ineinander: Die quantitativen Ergebnisse zeigen die Häufigkeit, Verteilung und Ausprägung bestimmter Belastungen, während die qualitativen Fokusgruppen verdeutlichen, wie diese Erfahrungen erlebt, gedeutet und verarbeitet werden. Gemeinsam zeichnen sie ein konsistentes, stellenweise eindrückliches Bild struktureller Ungleichheiten.

4.1.1. Ergänzende Perspektiven und gemeinsames Muster

In den Fokusgruppen berichteten Schwarze Teilnehmende immer wieder von Situationen, in denen sie nicht ernst genommen, schlechter behandelt oder anders adressiert wurden als weiße Patient:innen. Viele schilderten, dass sie oft zusätzliche Energie aufbringen müssten, um überhaupt angemessen wahrgenommen zu werden. Diese Beschreibungen finden eine klare Entsprechung in den quantitativen Daten: Ein großer Teil der Schwarzen Teilnehmenden vertraut dem Gesundheitssystem nur eingeschränkt oder gar nicht, und viele geben an, häufig mit Respektlosigkeit, nonverbale Abwertung oder schlechterer Behandlung konfrontiert zu sein.

Während qualitative Daten die emotionalen und sozialen Folgen dieser Erfahrungen sichtbar machen, bestätigen die quantitativen Ergebnisse deren systematische Verbreitung. Beide Datenquellen weisen darauf hin, dass viele der berichteten Situationen kein Einzelfall sind, sondern Teil eines wiederkehrenden Musters im medizinischen Alltag.

4.1.2. Deckungsgleichheiten: Belastung, Vertrauen und Barrieren

Die Übereinstimmungen zwischen den Daten sind besonders deutlich in drei Bereichen:

Erstens zeigt sich bei beiden Datensätzen ein ausgeprägter Vertrauensverlust. Schwarze Teilnehmende berichten häufig, dass sie ärztliches Personal meiden oder Arzttermine verzögern, weil sie negative Erfahrungen erwarten. Die Zahlen unterstreichen dieses Bild, indem sie zeigen, dass die Mehrheit nur begrenztes Vertrauen in das Gesundheitssystem hat.

Zweitens verdeutlichen beide Datenarten eine hohe psychische Belastung. In den Gesprächen beschrieben Teilnehmende Gefühle von Erschöpfung, innerer Anspannung und Angst davor, erneut diskriminiert zu werden. Der PHQ-4 macht sichtbar, dass diese Belastungen nicht nur subjektiv empfunden, sondern auch messbar sind: Knapp 70 % der Schwarzen Teilnehmenden weisen psychische Belastungswerte auf. Die qualitativen Erzählungen verleihen diesen Zahlen ein Gesicht und zeigen, wie sehr der Alltag und insbesondere der Kontakt mit dem Gesundheitssystem die mentale Gesundheit beeinflussen.

Drittens werden Barrieren in der tatsächlichen Inanspruchnahme medizinischer Versorgung sowohl beschrieben als auch statistisch sichtbar. Viele schwarze Teilnehmende erzählten, dass sie die Suche nach psychotherapeutischer Unterstützung aufgegeben hätten, weil sie wiederholt das Gefühl hatten, nicht ernst genommen zu werden. Die quantitativen Daten bestätigen diese Barrieren: Ein Teil der Befragten hat die Suche nach Therapie abgebrochen oder sich aus Unsicherheit nicht getraut, Hilfe aufzusuchen. Die Zahlen machen damit sichtbar, was die Erzählungen erklären.

4.1.3. Unterschiede zwischen den Gruppen

Die Analyse zeigt auch deutliche Unterschiede zwischen den Lebenslagen Schwarzer und weißer Teilnehmender, die wiederum erklären helfen, warum Erfahrungen und Belastungen unterschiedlich ausfallen.

Finanzielle Unterschiede spielen eine wichtige Rolle: Schwarze Personen verfügen häufiger über niedrigere Einkommen und geben deutlich häufiger an, dass finanzielle Sorgen ihre Gesundheitsversorgung beeinträchtigen. Bei den weißen Teilnehmenden spielt dieser Faktor praktisch keine Rolle. Diese Ungleichheit schafft unterschiedliche Voraussetzungen dafür, rechtzeitig und regelmäßig medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen.

Auch die gesundheitlichen Ausgangslagen unterscheiden sich. Schwarze Teilnehmende berichten häufiger von chronischen Erkrankungen und psychischen Belastungen. Im qualitativen Material wird deutlich, dass viele diese gesundheitliche Mehrbelastung mit wiederholten negativen Erfahrungen im Gesundheitssystem verbinden – etwa unzureichender Diagnostik, mangelnder Sensibilität oder zögerlicher Behandlung.

Die Erfahrungen mit Diskriminierung sind naturgemäß überwiegend bei den Schwarzen Teilnehmenden verortet. Gleichzeitig ist bemerkenswert, dass auch weiße Teilnehmende rassistische Situationen beobachtet und als problematisch benannt haben. Damit bestätigen die quantitativen Daten der weißen Gruppe die Eindrücke der Schwarzen Teilnehmenden und zeigen, dass Diskriminierung nicht „unsichtbar“ für außenstehende Beobachtende bleibt.

Zusammengenommen zeigen beide Datenquellen, dass Schwarze Menschen in Hamburg das Gesundheitssystem deutlich anders erleben als weiße Menschen: häufiger belastend, häufiger respektlos, häufiger ungerecht. Quantitative Daten machen sichtbar, wie verbreitet diese Erfahrungen sind, während qualitative Daten zeigen, was sie bedeuten – für die Gesundheit, für das Vertrauen und für die Bereitschaft, Unterstützung zu suchen. Die Ergebnisse machen deutlich, dass die beschriebenen Herausforderungen nicht zufällig oder individuell sind, sondern Ausdruck struktureller Muster, die sich durch verschiedene Lebensbereiche ziehen und im Gesundheitswesen besonders spürbar werden.

4.1.4. Interpretation der Ergebnisse im Lichte der Forschungslage

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie fügen sich stimmig in die nationale und internationale Forschung zu rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen ein. Bereits bestehende

Untersuchungen – wie der Nationale Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa), der Afrozensus sowie diverse internationale Public-Health-Studien – zeigen übereinstimmend, dass Schwarze Menschen und Personen of Color strukturelle Benachteiligungen erfahren, die sowohl ihre gesundheitliche Versorgung als auch ihre gesundheitlichen Chancen beeinflussen. Die Befunde dieser Studie bestätigen diese Muster und verdeutlichen ihre spezifische Ausprägung im Hamburger Kontext.

Struktureller Rassismus als Gesundheitsdeterminante

Die Forschungslage beschreibt Rassismus längst nicht mehr als individuelles Fehlverhalten, sondern als sozialen und institutionellen Mechanismus, der systematisch unterschiedliche Zugangs- und Behandlungschancen erzeugt. Der NaDiRa zeigt, dass rassistische Diskriminierung in medizinischen Einrichtungen zu den häufig berichteten Diskriminierungsformen gehört. Die qualitativen und quantitativen Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung stehen in enger Verbindung zu diesen Befunden: Schwarze Teilnehmende berichten deutlich häufiger von respektlosen Begegnungen, schlechterem Service und Bagatellisierung. Diese Erfahrungen spiegeln typische Mechanismen struktureller Abwertung wider, wie sie in der Literatur beschrieben werden – etwa voreilige Zuschreibungen, stereotype Annahmen, geringere diagnostische Sorgfalt oder Unterschiede im Kommunikationsverhalten.

Mit Blick auf internationale Studien zeigt sich ein ähnliches Muster. Untersuchungen aus Großbritannien, den USA und Kanada betonen, dass rassistische Erfahrungen im Gesundheitssystem nicht nur das Behandlungserleben beeinträchtigen, sondern langfristig Auswirkungen auf die Gesundheit selbst haben: Menschen mit wiederholten Diskriminierungserfahrungen zeigen häufiger psychische Belastung, vermeiden medizinische Angebote und weisen ein erhöhtes Risiko für chronische Erkrankungen auf. Genau diese Zusammenhänge zeigen sich auch in den vorliegenden Daten.

Psychische Belastung als Folge von Rassismuserfahrungen

Die hohe psychische Belastung, die in dieser Studie unter den Schwarzen Teilnehmenden sichtbar wird, ist im Lichte der Forschungslage besonders relevant. Die internationale Literatur beschreibt Rassismus als chronischen Stressor, der über Jahre hinweg emotionale Erschöpfung, Angst, depressive Symptome und sogenannte „weathering effects“ verursachen kann. Weathering bezeichnet die schleichende gesundheitliche Abnutzung, die durch anhaltende Diskriminierung entsteht. Der auffällig hohe PHQ-4-Belastungswert unter den Schwarzen Teilnehmenden lässt sich mit diesen Konzepten gut erklären: Er ist kein isoliertes Phänomen, sondern Ausdruck einer sozialen Realität, die in vielen Ländern dokumentiert wurde.

Die qualitativen Beschreibungen – etwa die Sorge, nicht ernst genommen zu werden, die Vorsicht beim Suchen nach Unterstützung oder der Rückzug aus medizinischen Kontexten nach negativen Erfahrungen – decken sich stark mit bekannten Modellen der „racialized healthcare avoidance“, die beschreiben, wie

Menschen aus marginalisierten Gruppen medizinische Angebote meiden, weil sie erneute Diskriminierung erwarten.

Ungleiche Lebenslagen als strukturelle Rahmenbedingungen

Die Forschung weist regelmäßig darauf hin, dass Diskriminierungserfahrungen nicht isoliert auftreten, sondern sich mit sozialen Determinanten wie Einkommen, Wohnsituation, Erwerbsstatus oder Sorgeverantwortung überschneiden. Auch in dieser Studie wird sichtbar, dass Schwarze Teilnehmende häufiger finanziellen Belastungen ausgesetzt sind und häufiger Sorgearbeit übernehmen. Diese strukturellen Bedingungen werden in vielen Public-Health-Analysen als „cumulative disadvantage“ beschrieben: Die Kombination aus ökonomischer Unsicherheit, familiären Verpflichtungen und institutioneller Diskriminierung verstärkt gesundheitliche Risiken und erschwert den Zugang zu adäquater Versorgung.

Diese Überschneidung sozialer und rassismusbezogener Faktoren entspricht dem internationalen Forschungsfeld der „intersektionalen Gesundheitsforschung“, das betont, dass Ungleichheit nicht durch einen einzelnen Faktor verursacht wird, sondern durch deren Zusammenspiel. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen dieses Zusammenspiel deutlich.

4.2. Besonderheiten des Hamburger Kontextes

Obwohl die Befunde mit nationalen Trends übereinstimmen, lässt sich gleichzeitig eine hamburgspezifische Relevanz erkennen. Hamburg verfügt über ein vielfältiges Gesundheitssystem und eine ausgeprägte Landschaft an medizinischen Einrichtungen; zugleich zeigen lokale Studien, dass Zugangsbarrieren für marginalisierte Gruppen trotz guter Infrastruktur bestehen bleiben. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie verdeutlichen, dass strukturelle Herausforderungen auch in einer Großstadt mit hoher Versorgungsdichte bestehen und dass Sensibilisierung, kultursensible Kommunikation und diskriminierungsfreie Versorgung nicht automatisch gegeben sind.

Hamburg kann an dieser Stelle von internationalen Best-Practice-Modellen profitieren, etwa Community-basierte Gesundheitsnavigationsprogramme, verpflichtende Anti-Bias-Schulungen oder systematische Erfassung von Diskriminierung im medizinischen Setting – Maßnahmen, die andernorts bereits erfolgreich implementiert wurden.

4.3. Einordnung der Ergebnisse

Insgesamt zeigen die Befunde, dass die Erfahrungen Schwarzer Menschen im Hamburger Gesundheitswesen kein individuelles Problem darstellen, sondern Ausdruck eines breiteren Musters struktureller Ungleichbehandlung sind, wie es in der Forschung umfassend beschrieben wurde. Die Ergebnisse der Studie bestätigen, erweitern und konkretisieren dieses Wissen, indem sie zeigen, wie diese Muster im Alltag von Patient:innen sichtbar werden, welche Folgen daraus entstehen und wie dringend strukturelle Veränderungen notwendig sind.

4.4. Bedeutung für das Gesundheitssystem in Hamburg

Die Ergebnisse der Studie verdeutlichen, dass rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen für viele Schwarze Menschen in Hamburg eine reale und prägende Erfahrung darstellt. Diese Erkenntnisse haben weitreichende Bedeutung für die Gestaltung, Qualität und Zugänglichkeit gesundheitlicher Versorgung in der Stadt. Sie zeigen, dass strukturelle Ungleichbehandlungen nicht lediglich auf einzelne Handlungen oder Entscheidungen individueller Akteur:innen zurückzuführen sind, sondern sich als wiederkehrende Muster in alltäglichen Versorgungssituationen manifestieren. Damit betreffen sie das Gesundheitssystem als Ganzes.

Auswirkungen auf Vertrauen und Versorgungszugang

Ein zentrales Ergebnis ist der ausgeprägte Vertrauensverlust vieler Schwarzer Patientinnen gegenüber *medizinischen Einrichtungen und Fachkräften*. *Vertrauen bildet jedoch eine grundlegende Voraussetzung für Gesundheitsprävention, Therapietreue und die Inanspruchnahme von Beratungs- und Unterstützungsangeboten*. Wenn Patientinnen negative Erfahrungen erwarten oder befürchten, nicht ernst genommen zu werden, führt dies zwangsläufig dazu, dass Vorsorgetermine ausgelassen, Beschwerden später kommuniziert oder psychotherapeutische Angebote gar nicht erst in Erwägung gezogen werden. Für ein Gesundheitssystem wie das der Stadt Hamburg, das auf frühe Gesundheitsförderung und niedrigschwelligen Zugang ausgerichtet ist, bedeutet dies eine grundlegende Herausforderung. Maßnahmen zur Wiederherstellung dieses Vertrauens sind daher essenziell.

Einfluss auf gesundheitliche Chancengleichheit

Die Ergebnisse zeigen zudem, dass gesundheitliche Ungleichheiten durch Diskriminierung verstärkt werden. Schwarze Teilnehmende wiesen häufiger psychische Belastungen und chronische Erkrankungen auf und gaben häufiger finanzielle Einschränkungen an, die eine adäquate Gesundheitsversorgung erschweren. Diese Faktoren sind eng miteinander verwoben und führen langfristig zu ungleichen Gesundheitschancen.

Für die Stadt Hamburg bedeutet dies, dass gesundheitliche Gleichstellung nicht allein durch eine gute Versorgungsinfrastruktur gewährleistet werden kann. Vielmehr müssen soziale Determinanten von Gesundheit – wie Einkommen, Arbeitsbelastung und Sorgeverantwortung – zusammen mit institutionellen Mechanismen wie Diskriminierung und Ausschlüssen gedacht werden. Nur durch die Kombination struktureller, institutioneller und sozialpolitischer Maßnahmen kann gesundheitliche Chancengleichheit wirksam gefördert werden.

Relevanz für die Qualität der medizinischen Versorgung.

Ein Gesundheitswesen, in dem Patient:innen wiederholt abwertende oder stereotype Zuschreibungen erfahren, gefährdet nicht nur individuelle Gesundheitsverläufe, sondern auch die Qualität der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung. Unzureichende Diagnostik, vorschnelle Annahmen

oder Missverständnisse in der Kommunikation sind keine marginalen Probleme, sondern können zu Fehldiagnosen, verspäteter Behandlung oder ineffektiver Therapie führen.

Die Ergebnisse machen sichtbar, dass viele Schwarze Patient:innen das Gefühl haben, ihre Beschwerden würden weniger ernst genommen oder medizinische Entscheidungen seien durch Vorannahmen beeinflusst. Für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem bedeutet dies, dass Qualitätssicherung verstärkt um Faktoren wie den professionellen Umgang mit Sprachbarrieren und mehrsprachige Kommunikation ergänzt werden muss.

Handlungsdruck für gesundheitspolitische Steuerung

Die Befunde verdeutlichen, dass Antirassismus im Gesundheitswesen nicht als freiwillige Zusatzleistung verstanden werden kann, sondern als notwendiger Bestandteil von Versorgungsqualität und Patientensicherheit. Für die Stadt Hamburg ergibt sich daraus ein klarer gesundheitspolitischer Auftrag:

- Strukturen der Beschwerde, Meldung und Prävention müssen etabliert oder gestärkt werden.
- Aus-, Fort- und Weiterbildungen für medizinisches und weiteres Gesundheitsfachpersonal müssen rassismuskritische Perspektiven verbindlich und systematisch integrieren.
- Monitoring- und Datenerhebungsstrukturen zum Thema Diskriminierung sollten systematisch verankert werden.
- Community-nahe Angebote und niedrigschwellige Unterstützungsformate müssen ausgebaut werden, um Barrieren abzubauen.

Diese Maßnahmen entsprechen auch internationalen Empfehlungen, die betonen, dass Antirassismus eine grundsätzliche Voraussetzung für eine funktionierende, gerechte und patient:innenorientierte Gesundheitsversorgung ist.

Hamburg als Leuchtturm einer diskriminierungsfreien Versorgung

Schließlich zeigen die Ergebnisse, dass Hamburg die Chance hat, eine Vorreiterrolle einzunehmen. Die bestehende Vielfalt der Bevölkerung, die gute Versorgungsinfrastruktur sowie das wachsende Bewusstsein für soziale Gerechtigkeit bieten ein starkes Fundament, auf dem ein aktives Engagement gegen Rassismus im Gesundheitswesen wirksam aufbauen kann.

Eine konsequente Umsetzung der Erkenntnisse dieser Studie könnte nicht nur die gesundheitliche Situation Schwarzer Menschen verbessern, sondern auch die Gesamtqualität, Zugänglichkeit und Fairness des Hamburger Gesundheitssystems nachhaltig stärken.

4.5. Stärken und Limitationen der Studie

Die vorliegende Studie weist mehrere methodische Stärken auf, die wesentlich zur Aussagekraft der Ergebnisse beitragen. Zugleich bestehen – wie bei explorativen Forschungsdesigns üblich – bestimmte Limitationen, die bei der Interpretation berücksichtigt werden müssen. Die folgenden Reflexionspunkte

ordnen die Ergebnisse in ihrer Reichweite angemessen ein und zeigen, welche Schlussfolgerungen belastbar sind und wo Zurückhaltung geboten ist.

Stärken der Studie

Kombination qualitativer und quantitativer Methoden: Ein zentrales Merkmal der Studie ist der Mixed-Methods-Ansatz. Die qualitative Erhebung ermöglicht ein tiefes Verständnis subjektiver Erfahrungen, während die quantitativen Rahmendaten diese Perspektiven mit strukturierten Informationen zu Lebenslagen, Gesundheitszustand und Versorgungserfahrungen verbinden. Diese Triangulation erhöht die Validität der Ergebnisse und erlaubt eine ganzheitliche Betrachtung der Thematik.

Community-basierter Ansatz: Die Einbindung Schwarzer Teilnehmender erfolgte über einen bewusst offenen, niedrighschwelligen Zugang, der auf Vertrauen und Kooperation mit Community-Strukturen aufbaute. Dieser Ansatz stärkt die Relevanz und Authentizität der erhobenen Daten, da er den Erfahrungen und Einschätzungen derjenigen Raum gibt, die von Diskriminierung im Gesundheitswesen besonders betroffen sind.

Erfassung unterschiedlicher Perspektiven: Neben den Erfahrungen Schwarzer Menschen wurden auch weiße Personen einbezogen, die in ihrer Rolle als Patient:innen, Fachkräfte oder Beobachtende Einblicke in Diskriminierungsprozesse im Versorgungssystem geben konnten. Diese Mehrperspektivität erweitert das Verständnis institutioneller Abläufe und bestätigt zentrale Muster im Erleben Schwarzer Menschen.

Detaillierte Erhebung psychischer Belastung: Durch den Einsatz des PHQ-4 liegt ein valider Screeningindikator für psychische Belastung vor. Die klaren Unterschiede zwischen den Gruppen ermöglichen eine belastbare Einordnung des Zusammenhangs zwischen Diskriminierung, Stress und mentaler Gesundheit.

Limitationen der Studie

Begrenzte Stichprobengröße und analytische Reichweite: Die Studie verfolgt einen explorativen, qualitativ-empirischen Ansatz und basiert auf einer vergleichsweise kleinen, gezielt zusammengesetzten Stichprobe. Ziel war nicht statistische Repräsentativität, sondern das Erreichen theoretischer Sättigung zentraler Themen und Deutungsmuster. Entsprechend sind die Ergebnisse nicht als bevölkerungsweite Prävalenzschätzungen zu verstehen, sondern als analytisch verdichtete Hinweise auf wiederkehrende strukturelle Muster und problematische Erfahrungen im Hamburger Gesundheitswesen.

Selbstselektion der Teilnehmenden: Die Teilnahme beruhte auf freiwilliger Selbstmeldung, wodurch insbesondere Personen mit starken oder wiederholten Diskriminierungserfahrungen möglicherweise motivierter waren, sich zu beteiligen. Dies könnte zu einer gewissen Überrepräsentation belasteter Betroffenerfahrungen führen – zugleich entspricht dieses Muster jedoch auch Erkenntnissen anderer qualitativer Studien zu Diskriminierung.

Fokusgruppen als Setting: Fokusgruppen ermöglichen zwar einen intensiven Austausch, können jedoch auch gruppendynamische Effekte erzeugen: Einzelne Stimmen werden besonders deutlich, während andere sich zurückhalten. Emotionale Themen wie Diskriminierung können zudem zu sozial erwünschten Antworten oder Schutzmechanismen führen, insbesondere bei sensiblen oder belastenden Erfahrungen.

Begrenzte quantitative Erhebung: Die quantitativen Daten umfassen grundlegende Rahmendaten, erlauben jedoch keine umfassenden statistischen Analysen oder weiterführenden Modellierungen. Auch der PHQ-4 dient lediglich als Screening-Instrument und ersetzt keine diagnostische Einschätzung. Die quantitativen Ergebnisse sollten daher als ergänzende Orientierungsgröße verstanden werden.

Kontextgebundenheit des Hamburger Gesundheitswesens: Da die Studie ausschließlich im Hamburger Kontext erhoben wurde, ist die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Regionen begrenzt. Gleichzeitig erlaubt der lokale Fokus jedoch eine präzise Betrachtung struktureller Bedingungen in der Stadt.

Trotz dieser Limitationen liefert die Studie ein solides, transparentes und in sich stimmiges Bild rassismusbezogener Erfahrungen im Gesundheitswesen. Die Stärken – insbesondere der Mixed-Methods-Ansatz, der communitybasierte Zugang und die klare Übereinstimmung qualitativer und quantitativer Befunde – gewährleisten, dass die identifizierten Muster nicht zufällig entstehen, sondern strukturelle Relevanz besitzen. Die Ergebnisse können daher als fundierte Grundlage für die Entwicklung von Maßnahmen, Handlungsempfehlungen und weiterführenden Forschungsprozessen genutzt werden.

5. Schlusswort

Die Ergebnisse dieser Studie machen deutlich, dass Rassismus im Hamburger Gesundheitswesen kein Randphänomen ist, sondern eine strukturelle Realität für viele Schwarze Menschen. Die Berichte der Teilnehmenden zeigen, dass abwertende Zuschreibungen, mangelnde Ernstnahme und ungleiche Behandlungserfahrungen tief in alltäglichen Versorgungssituationen verankert sind. Diese Erfahrungen beeinträchtigen nicht nur das unmittelbare Behandlungserleben, sondern wirken sich langfristig auf Gesundheit, Wohlbefinden und Vertrauen in das medizinische System aus. Die Studie zeigt damit klar: Rassismus ist ein gesundheitlicher Risikofaktor – und er ist im Hamburger Kontext nachweisbar.

Die Dringlichkeit, die aus diesen Ergebnissen hervorgeht, ist erheblich. Die hohe psychische Belastung vieler Schwarzer Teilnehmender, die dokumentierten Hürden im Zugang zu therapeutischen Angeboten sowie die strukturell bedingten Unterschiede in finanziellen Ressourcen und Gesundheitschancen verdeutlichen, dass bestehende Ungleichheiten nicht von selbst verschwinden. Ohne gezielte Maßnahmen besteht das Risiko, dass sich diese Ungleichheiten weiter verfestigen und dass ganze Bevölkerungsgruppen dauerhaft schlechtere Gesundheitschancen haben. Für eine Stadt und Bundesland wie Hamburg – die Vielfalt, Teilhabe und soziale Gerechtigkeit als zentrale Leitlinien formuliert – ist dies ein klarer Auftrag zu handeln.

Die Studie zeigt zugleich, in welchen Bereichen Zukunftsperspektiven liegen. Sie verdeutlicht, dass diskriminierungsfreie Versorgung nur durch strukturelle Veränderung erreicht werden kann: durch verbindliche Fortbildungen zu Rassismuskritik, durch sensible und respektvolle Kommunikation, durch verlässliche Beschwerdemechanismen, durch institutionelle Öffnung und durch niedrigschwellige Angebote, die Vertrauen schaffen. Hamburg verfügt über eine starke Gesundheitslandschaft, engagierte Akteur:innen und wachsende Aufmerksamkeit für Fragen sozialer Ungleichheit – Voraussetzungen, die genutzt werden können, um echte Verbesserungen zu erreichen.

Strukturelle Veränderung erfordert nachhaltige politische Entscheidungen. Dazu gehören die systematische Erhebung von Diskriminierungserfahrungen, klare Verantwortlichkeiten in den Einrichtungen, die Entwicklung verbindlicher Standards sowie die Verankerung rassismuskritischer Perspektiven in Ausbildung und Qualitätsmanagement. Politische Steuerung ist zentral, weil es nicht um die Veränderung einzelner Haltungen geht, sondern um die Weiterentwicklung eines Systems, das allen Menschen faire und sichere Versorgung bieten muss.

Ein entscheidender Bestandteil dieses Prozesses ist die konsequente Einbindung von Community-basiertem Wissen. Die Erfahrungen und Einschätzungen Schwarzer Menschen waren die Grundlage dieser Studie – und sie sollten auch Grundlage künftiger Maßnahmen sein. Communities besitzen Expertise darüber, wo Barrieren bestehen, welche Maßnahmen wirksam sind und wie Vertrauen wieder

aufgebaut werden kann. Ihre Perspektiven sollten dauerhaft in Planungs-, Monitoring- und Entscheidungsprozesse einfließen.

Insgesamt zeigt die Studie: Rassismus im Gesundheitswesen ist veränderbar – aber nur, wenn wir ihn als strukturelles Problem erkennen und gemeinsam an nachhaltigen Lösungen arbeiten. Hamburg hat die Möglichkeit und die Verantwortung, diesen Weg konsequent zu gehen und damit einen wichtigen Beitrag zu gerechter Gesundheitsversorgung in Deutschland zu leisten.


6. Literaturverzeichnis

- Aikins, M. A., Bremberger, T., Aikins, J. K., Gyamerah, D. & Yildirim-Caliman, D. (2021). *Afrozensus 2020. Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland*. Berlin.
<https://afrozensus.de/reports/2020/Afrozensus-2020.pdf>
- Bailey, Z. D., Krieger, N., Agénor, M., Graves, J., Linos, N. & Bassett, M. T. (2017). *Structural racism and health inequities in the USA: evidence and interventions*. *The Lancet*, 389(10077), 1453–1463. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30569-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30569-X)
- Bartig, S., Kalkum, D., Le, H. M. & Lewicki, A. (2021). *Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung*. Berlin: Antidiskriminierungsstelle des Bundes.
https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/diskrimrisiken_diskrimschutz_gesundheitswesen.pdf?__blob=publicationFile&v=5
- Beigang, S., Fetz, K., Kalkum, D. & Otto, M. (2017). *Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung*. Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Baden-Baden: Nomos.
https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Expertisen/expertise_diskriminierungserfahrungen_in_deutschland.pdf?__blob=publicationFile&v=6
- Centre for Social Justice and Community Action) & National Coordinating Centre for Public Engagement) (2022). *Community-based participatory research A guide to ethical principles and practice (2nd* Durham. [https://www.durham.ac.uk/media/durham-university/departments-/sociology/Community-Based-Participatory-Research-A-Guide-to-Ethical-Principles,-2nd-edition-\(2022\)-.pdf](https://www.durham.ac.uk/media/durham-university/departments-/sociology/Community-Based-Participatory-Research-A-Guide-to-Ethical-Principles,-2nd-edition-(2022)-.pdf)
- DeZIM (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung) (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
- FRA (European Union Agency for Fundamental Rights) (2024). *Being Black in the EU: Experiences of people of African descent*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2023-being-black_in_the_eu_en.pdf
- Fuchs, L., Gahein-Sama, M., Kim, T. J., Mengi, A., Podkowik, K., Salikutluk, Z., Thom, M., Tran, K., Zindel, Z. (2025). *Verborgene Muster, sichtbare Folgen. Rassismus und Diskriminierung in Deutschland. NaDiRa-Monitoringbericht 2025*. Berlin: Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung.
https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Publikationen/Verborgene_Muster_Monitoringbericht/NaDiRa_Monitoringbericht_2025_FINAL__1_.pdf

- Gee, G. C. & Ford, C. L. (2011). *Structural Racism and Health Inequities: Old Issues, New Directions*. Du Bois Review: Social Science Research on Race, 8(1), 115–132. <https://doi.org/10.1017/S1742058X11000130>
- Krueger, R. A. & Casey, M. A. (2015). *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research* (5th Edition). SAGE
- Lewis, T. T., Cogburn, C. D. & Williams, D. R. (2015). *Self-Reported Experiences of Discrimination and Health: Scientific Advances, Ongoing Controversies, and Emerging Issues*. Annual Review of Clinical Psychology, 11(1), 407–440. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032814-112728>
- Liamputtong, P. (2011). *Focus Group Methodology. Principles and Practice*. London: SAGE Publications Ltd.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (12. überarbeitete Auflage). Weinheim/Basel: Beltz.
- Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaher, M., & Gee, G. (2015). Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE*, 10(9), e0138511. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>
- Sánchez-Guardiola Paredes, C., Aguaded Ramírez, E. M. & Rodríguez-Sabiote, C. (2021). *Content Validation of a Semi-Structured Interview to Analyze the Management of Suffering*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(21), 11393. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111393>
- Williams, D. R. & Mohammed, S. A. (2013). *Racism and Health I: Pathways and Scientific Evidence*. American Behavioral Scientist, 57(8), 1152–1173. <https://doi.org/10.1177/0002764213487340>
- Richter, Miriam Tariba (2022): Diskriminierung vorbeugen. Rassismus in der Pflege. In: Die Schwester Der Pfleger, 6, 28-31.

Fokusgruppen-Leitfaden für Schwarze Patient:innen

Erleben und Folgen rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen in Hamburg

 **Dauer:** ca. 90 Minuten


Passende Zielgruppe für diesen Leitfaden:


Schwarze Patient:innen, die innerhalb der letzten 12 Wochen ambulant oder stationär in Behandlung waren

Nicht passend für:


Weiße Ärzt:innen oder Patient:innen

 **Teilnehmende:**

 **Gruppe:** _____

 **Datum:** _____

 **Moderation:** _____

 **Assistenz:** _____

To Do vor dem Gespräch:

- Liegt die Einverständniserklärung (EE) vor?
- Fragebogen sind ausgefüllt.
- Ruhige Atmosphäre schaffen
- Interviewleitfaden ausgedruckt bereitlegen + Bleistift
- Diktiergerät einstellen + Aufnahme-App öffnen

Gespräch:

→ Aufnahme beginnen

Begrüßung

Herzlich willkommen und vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, heute hier zu sein. Mein Name ist _____ und ich moderiere diese Fokusgruppe.

Wir sind die Forschungsgruppe CARE – Community Action for Racial Equity und führen diese Studie in Kooperation zwischen dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und der HAW Hamburg durch. Die Studie wird von der Freien und Hansestadt Hamburg über die Sozialbehörde gefördert.

Unser Ziel ist es, Rassismus im Gesundheitswesen zu untersuchen – insbesondere die Wahrnehmungen und Erfahrungen von Patient:innen sowie von Ärzt:innen und Fachpersonal im Gesundheitssektor.

In dieser Fokusgruppe möchten wir verstehen:

- wie Sie als **Schwarze Patient:innen** Rassismus im Gesundheitswesen erleben oder beobachten,
- welche Herausforderungen Sie als **Schwarze Patient:innen** wahrnehmen und
- welche Veränderungen Sie als notwendig erachten, um Diskriminierung im Gesundheitswesen entgegenzuwirken.

Vielen Dank, dass Sie bereit sind, Ihre Erfahrungen und Perspektiven mit uns zu teilen.

Vorstellung

(freiwillig: Name oder Alias, Pronomen, kurze Vorstellung)

Bevor wir starten, möchten wir uns kurz vorstellen. Danach haben Sie die Gelegenheit, sich – wenn Sie möchten – mit Ihrem Namen oder einem Alias sowie einer kurzen Information über sich vorzustellen.

Wichtige Hinweise

- Das Gespräch heute wird in offener Form geführt.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – jede Perspektive zählt und jede Erfahrung ist relevant.
- Das Gespräch wird anonymisiert und vertraulich behandelt.
- Die Teilnahme ist freiwillig – Sie können jederzeit eine Pause einlegen oder das Gespräch verlassen.
- Sie dürfen jederzeit nachfragen oder auf etwas zurückkommen.

Rückfragen

Haben Sie vorab noch Fragen an mich oder an die Projektgruppe CARE?

Einstieg

Dann möchte ich mit einem kurzen Einstieg in unser Thema starten.

Die empirische Forschung zeigt, dass Menschen aus marginalisierten Gruppen (im Gesundheitswesen) häufig Diskriminierung erfahren. Mit „marginalisiert“ sind gesellschaftliche Gruppen gemeint, die oft als weniger bedeutend oder einflussreich angesehen werden – wie in diesem Fall Schwarze Menschen. Diskriminierung kann ihren Zugang zum Gesundheitssystem einschränken, das Gesundheitsverhalten negativ beeinflussen und dadurch letztlich ihre Gesundheit beeinträchtigen.

Interview

Zu Beginn möchte ich Ihnen zunächst gerne eine allgemeine Frage zu Ihrer Wahrnehmung von Rassismus im Gesundheitswesen stellen:

Wenn Sie Rassismus im Gesundheitswesen erlebt oder beobachtet haben, wie hat sich das gezeigt? Erzählen Sie gerne von konkreten Beispielen.

Rassismus im Gesundheitswesen bedeutet, dass Menschen wegen ihrer Hautfarbe oder Herkunft im medizinischen oder gesundheitlichen Bereich schlechter behandelt werden. Das kann bewusst oder unbewusst passieren – zum Beispiel durch Vorurteile, Ungleichbehandlung oder fehlende Rücksicht auf kulturelle Unterschiede.

Beispiel:

Eine Schwarze Patientin wird von weißen Ärzt:innen wiederholt geduzt und ihre Beschwerden werden heruntergespielt, während weiße Patient:innen mit demselben Anliegen respektvoll behandelt und ernst genommen werden.

Wahrnehmung und Definition von Rassismus im Gesundheitswesen (ca. 15 Min.)

1. Nach dieser kurzen Definition von Rassismus und dem Beispiel – fallen Ihnen weitere Situationen ein, in denen Sie Rassismus erlebt oder beobachtet haben? Wie hat sich dies gezeigt? Erzählen Sie auch hier gerne von konkreten Beispielen.
2. Glauben Sie, dass Schwarze Patient:innen im Gesundheitswesen andere Erfahrungen machen als weiße Patient:innen (z. B. in Behandlung, Versorgung, Therapie, ...)? Warum oder warum nicht?
 - a. Wie nehmen Sie die Interaktionen zwischen Schwarzen Patient:innen und weißen Ärzt:innen bzw. Fachkräften im Gesundheitswesen wahr? Welche

Herausforderungen oder positiven Erfahrungen haben Sie in diesem Zusammenhang beobachtet?

3. Gibt es weitere Formen von Diskriminierung, die Ihnen im Gesundheitswesen auffallen?
 - a. Unterschiede in der Behandlung?
 - b. Sprachliche Barrieren?
 - c. Vorurteile (Stereotype)?

Reflexion über strukturelle Aspekte und Diskriminierung (ca. 20 Min.)

4. Was verstehen Sie unter strukturellem Rassismus im Gesundheitswesen? Welche strukturellen Herausforderungen oder Barrieren haben Sie erlebt (oder beobachtet), die möglicherweise zu Benachteiligungen führen?
 - a. Inwiefern gab es dabei konkrete Hürden – zum Beispiel in Bezug auf die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit oder Erreichbarkeit von Angeboten oder bzgl. finanzieller Aspekte?
5. Welche Rolle spielen Sie als Schwarze:r Patient:in in der Gestaltung eines diskriminierungsfreien Gesundheitssystems? Welche Rolle spielen strukturelle Aspekte dabei?
6. Inwiefern spielen andere soziale Kategorien wie Geschlecht, Religion, sozioökonomischer Status oder Aufenthaltsstatus eine Rolle bei Rassismuserfahrungen im Gesundheitswesen?

Persönlicher Umgang (ca. 25 Min.)

7. Wie reagieren Sie, wenn Sie Rassismus im Gesundheitswesen erleben oder beobachten?
8. Können Sie von Situationen erzählen, in denen Sie selbst unsicher waren, wie Sie sich verhalten sollen? Warum war das so bzw. was hat Sie verunsichert?
 - a. Was hätten Sie in diesen Situationen gebraucht? Was hätte Ihnen konkret geholfen?

Veränderungswünsche und Lösungsansätze (ca. 15 Min.)

9. Welche Maßnahmen halten Sie für sinnvoll, um Rassismuserfahrungen im Gesundheitswesen zu reduzieren?
10. Wie bewerten Sie die Wirksamkeit und Relevanz von Schulungen oder Weiterbildungen zu Rassismus oder interkultureller Kompetenz im Gesundheitswesen?

11. Kennen Sie institutionelle Maßnahmen oder bewährte Praktiken, die Ihrer Meinung nach dazu beitragen könnten, Diskriminierung im Gesundheitswesen zu reduzieren und ein diversitätssensibles Arbeitsumfeld zu fördern?

Abschluss

12. Wenn Sie einen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich in Bezug auf Rassismus im Gesundheitswesen für die Zukunft wünschen?

Haben Sie noch weitere Anmerkungen, Fragen oder abschließende Gedanken?

- Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse
- Information zu weiteren Schritten (z. B. wie die Ergebnisse genutzt werden)
- Dank an die Teilnehmenden für ihre Zeit und Offenheit


Haben Sie noch Fragen bezüglich des Interviews oder des Projektes?

Möchten Sie die Publikationen per E-Mail erhalten?

Ende des Interviews und Verabschiedung

Fokusgruppen-Leitfaden für weiße Ärzt:innen

Erleben und Wahrnehmung von Rassismus im Gesundheitswesen in Hamburg

 **Dauer:** ca. 90 Minuten


Passende Zielgruppe für diesen Leitfaden:

Weiße Ärzt:innen, die in den letzten 12 Wochen eine:n Schwarze:n Patient:in behandelt haben

Nicht passend für:

Schwarze Patient:innen oder Schwarze Fachkräfte

 **Teilnehmende:**

 **Gruppe:** _____

 **Datum:** _____

 **Moderation:** _____

 **Assistenz:** _____

To Do vor dem Gespräch:

- Liegt die Einverständniserklärung (EE) vor?
- Fragebogen sind ausgefüllt.
- Ruhige Atmosphäre schaffen
- Interviewleitfaden ausgedruckt bereitlegen + Bleistift
- Diktiergerät einstellen + Aufnahme-App öffnen

Gespräch:

➔ Aufnahme beginnen

Begrüßung

Herzlich willkommen und vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, heute hier zu sein. Mein Name ist _____ und ich moderiere diese Fokusgruppe.

Wir sind die Forschungsgruppe CARE – Community Action for Racial Equity und führen diese Studie in Kooperation zwischen dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und der HAW Hamburg durch. Die Studie wird von der Freien und Hansestadt Hamburg über die Sozialbehörde gefördert.

Unser Ziel ist es, Rassismus im Gesundheitswesen zu untersuchen – insbesondere die Wahrnehmungen und Erfahrungen von Patient:innen sowie von Ärzt:innen und Fachpersonal im Gesundheitssektor.

In dieser Fokusgruppe möchten wir verstehen:

- wie Sie als **weiße Ärzt:innen** Rassismus im Gesundheitswesen wahrnehmen,
- welche Herausforderungen Sie als **weiße Ärzt:innen** beobachten und
- welche Veränderungen Sie als notwendig erachten, um Diskriminierung im Gesundheitswesen entgegenzuwirken.

Vielen Dank, dass Sie bereit sind, Ihre Erfahrungen und Perspektiven mit uns zu teilen.

Vorstellung

(freiwillig: Name oder Alias, Pronomen, kurze Vorstellung)

Bevor wir starten, möchten wir uns kurz vorstellen. Danach haben Sie die Gelegenheit, sich – wenn Sie möchten – mit Ihrem Namen oder einem Alias sowie einer kurzen Information über sich vorzustellen.

Wichtige Hinweise:

- Das Gespräch heute wird in offener Form geführt.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – jede Perspektive zählt und jede Erfahrung ist relevant.
- Das Gespräch wird anonymisiert und vertraulich behandelt.
- Die Teilnahme ist freiwillig – Sie können jederzeit eine Pause einlegen oder das Gespräch verlassen.
- Sie dürfen jederzeit nachfragen oder auf etwas zurückkommen.

Rückfragen

Haben Sie vorab noch Fragen an mich oder an die Projektgruppe CARE?

Einstieg

Dann möchte ich mit einem kurzen Einstieg in unser Thema starten.

Die empirische Forschung zeigt, dass Menschen aus marginalisierten Gruppen (im Gesundheitswesen) häufig Diskriminierung erfahren. Mit „marginalisiert“ sind gesellschaftliche Gruppen gemeint, die oft als weniger bedeutend oder einflussreich angesehen werden – wie in diesem Fall Schwarze Menschen. Diskriminierung kann ihren Zugang zum Gesundheitssystem einschränken, das Gesundheitsverhalten negativ beeinflussen und dadurch letztlich ihre Gesundheit beeinträchtigen.

Interview

Zu Beginn möchte ich Ihnen zunächst gerne eine allgemeine Frage zu Ihrer Wahrnehmung von Rassismus im Gesundheitswesen stellen:

Wenn Sie in Ihrer beruflichen Praxis Rassismus beobachtet haben, wie hat sich das gezeigt? Erzählen Sie gerne von konkreten Beispielen.

Rassismus im Gesundheitswesen bedeutet, dass Menschen wegen ihrer Hautfarbe oder Herkunft im medizinischen oder gesundheitlichen Bereich schlechter behandelt werden. Das kann bewusst oder unbewusst passieren – zum Beispiel durch Vorurteile, Ungleichbehandlung oder fehlende Rücksicht auf kulturelle Unterschiede.

Beispiel:

Ein weißer Arzt bemerkt, dass er Schwarze Patient:innen häufiger nach Substanzmissbrauch fragt als weiße Patient:innen, obwohl ähnliche Symptome vorliegen. Ihm fällt auf, dass er diese Fragen bei weißen Personen automatisch als übergriffig empfindet, bei Schwarzen Personen aber häufig nicht.

Wahrnehmung von Rassismus im Gesundheitswesen (ca. 15 Min.)

1. Nach dieser kurzen Definition von Rassismus und dem Beispiel – fallen Ihnen weitere Situationen ein, in denen Sie Rassismus beobachtet haben? Wie hat sich dieser gezeigt? Erzählen Sie auch hier gerne von konkreten Beispielen.
2. Glauben Sie, dass Schwarze Patient:innen im Gesundheitswesen andere Erfahrungen machen als weiße Patient:innen (z. B. in Behandlung, Versorgung, Therapie, ...)? Warum oder warum nicht?
 - a. Haben Sie schon einmal Rassismus gegenüber Schwarzen Patient:innen beobachtet? Wenn ja, wie hat sich das geäußert?

3. Gibt es weitere Formen von Diskriminierung, die Ihnen im Gesundheitswesen auffallen?
 - a. Unterschiede in der Behandlung?
 - b. Sprachliche Barrieren?
 - c. Vorurteile (Stereotype)?

Reflexion über die eigene Rolle und strukturelle Aspekte (ca. 20 Min.)

4. Was verstehen Sie unter strukturellem Rassismus im Gesundheitswesen? Welche strukturellen Herausforderungen oder Barrieren beobachten Sie, die möglicherweise zu Benachteiligungen führen?
 - a. Inwiefern beobachten Sie dabei konkrete Hürden – zum Beispiel in Bezug auf die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit oder Erreichbarkeit von Angeboten oder bzgl. finanzieller Aspekte?
5. Welche Rolle spielen Sie in Ihrer Position als (weiße) Ärzt:in bei der Gestaltung eines diskriminierungsfreien Gesundheitssystems? Welche Rolle spielen strukturelle Aspekte dabei?
6. Inwiefern spielen andere soziale Kategorien wie Geschlecht, Religion, sozioökonomischer Status oder Aufenthaltsstatus eine Rolle bei Rassismuserfahrungen im Gesundheitswesen?

Persönlicher Umgang (ca. 25 Min.)

7. Wie reagieren Sie, wenn Sie Rassismus im Gesundheitswesen beobachten?
8. Können Sie von Situationen erzählen, in denen Sie selbst unsicher waren, wie Sie sich verhalten sollen? Warum war das so bzw. was hat Sie verunsichert?

Veränderungswünsche und Lösungsansätze (ca. 15 Min.)

9. Was könnte bzw. sollte Ihrer Meinung nach getan werden, um Rassismuserfahrungen im Gesundheitswesen zu reduzieren?
10. Gibt es Schulungen oder Weiterbildungen zu Rassismus oder interkultureller Kompetenz in Ihrem Arbeitsumfeld? Falls ja, wie bewerten Sie diese hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Relevanz?
11. Gibt es institutionelle Maßnahmen oder Best Practices, die Sie bereits kennen und die einen positiven Einfluss haben könnten?

Abschluss

12. Wenn Sie einen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich in Bezug auf Rassismus im Gesundheitswesen für die Zukunft wünschen?

Haben Sie noch weitere Anmerkungen, Fragen oder abschließende Gedanken?

- Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse
- Information zu weiteren Schritten (z. B. wie die Ergebnisse genutzt werden)
- Dank an die Teilnehmenden für ihre Zeit und Offenheit


Haben Sie noch Fragen bezüglich des Interviews oder des Projektes?

Möchten Sie die Publikationen per E-Mail erhalten?

Ende des Interviews und Verabschiedung

Fokusgruppen-Leitfaden für weiße Patient:innen

Erleben und Wahrnehmung von Rassismus im Gesundheitswesen in Hamburg

 **Dauer:** ca. 90 Minuten


Passende Zielgruppe für diesen Leitfaden:

Weiße Patient:innen, die in den letzten 12 Wochen durch eine:n Schwarze:n Ärzt:in behandelt wurden

Nicht passend für:

Schwarze Patient:innen oder Schwarze Fachkräfte

 **Teilnehmende:**

 **Gruppe:** _____

 **Datum:** _____

 **Moderation:** _____

 **Assistenz:** _____

To Do vor dem Gespräch:

- Liegt die Einverständniserklärung (EE) vor?
- Fragebogen sind ausgefüllt.
- Ruhige Atmosphäre schaffen
- Interviewleitfaden ausgedruckt bereitlegen + Bleistift
- Diktiergerät einstellen + Aufnahme-App öffnen

Gespräch:

➔ Aufnahme beginnen

Begrüßung

Herzlich willkommen und vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, heute hier zu sein. Mein Name ist _____ und ich moderiere diese Fokusgruppe.

Wir sind die Forschungsgruppe CARE – Community Action for Racial Equity und führen diese Studie in Kooperation zwischen dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und der HAW Hamburg durch. Die Studie wird von der Freien und Hansestadt Hamburg über die Sozialbehörde gefördert.

Unser Ziel ist es, Rassismus im Gesundheitswesen zu untersuchen – insbesondere die Wahrnehmungen und Erfahrungen von Patient:innen sowie von Ärzt:innen und Fachpersonal im Gesundheitssektor.

In dieser Fokusgruppe möchten wir verstehen:

- wie Sie als **weiße Patient:innen** Rassismus im Gesundheitswesen wahrnehmen,
- welche Herausforderungen Sie als **weiße Patient:innen** beobachten und
- welche Veränderungen Sie als notwendig erachten, um Diskriminierung im Gesundheitswesen entgegenzuwirken.

Vielen Dank, dass Sie bereit sind, Ihre Erfahrungen und Perspektiven mit uns zu teilen.

Vorstellung

(freiwillig: Name oder Alias, Pronomen, kurze Vorstellung)

Bevor wir starten, möchten wir uns kurz vorstellen. Danach haben Sie die Gelegenheit, sich – wenn Sie möchten – mit Ihrem Namen oder einem Alias sowie einer kurzen Information über sich vorzustellen.

Wichtige Hinweise

- Das Gespräch heute wird in offener Form geführt.
 - Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – jede Perspektive zählt und jede Erfahrung ist relevant.
 - Das Gespräch wird anonymisiert und vertraulich behandelt.
 - Die Teilnahme ist freiwillig – Sie können jederzeit eine Pause einlegen oder das Gespräch verlassen.
 - Sie dürfen jederzeit nachfragen oder auf etwas zurückkommen.

🗨️ Rückfragen

Haben Sie vorab noch Fragen an mich oder an die Projektgruppe CARE?

🔑 Einstieg

Dann möchte ich mit einem kurzen Einstieg in unser Thema starten.

Die empirische Forschung zeigt, dass Menschen aus marginalisierten Gruppen (im Gesundheitswesen) häufig Diskriminierung erfahren. Mit „marginalisiert“ sind gesellschaftliche Gruppen gemeint, die oft als weniger bedeutend oder einflussreich angesehen werden – wie in diesem Fall Schwarze Menschen. Diskriminierung kann ihren Zugang zum Gesundheitssystem einschränken, das Gesundheitsverhalten negativ beeinflussen und dadurch letztlich ihre Gesundheit beeinträchtigen.

🎤 Interview

Zu Beginn möchte ich Ihnen zunächst gerne eine allgemeine Frage zu Ihrer Wahrnehmung von Rassismus im Gesundheitswesen stellen:

Wenn Sie Rassismus im Gesundheitswesen beobachtet haben, wie hat sich das gezeigt? Erzählen Sie gerne von konkreten Beispielen.

Rassismus im Gesundheitswesen bedeutet, dass Menschen wegen ihrer Hautfarbe oder Herkunft im medizinischen oder gesundheitlichen Bereich schlechter behandelt werden. Das kann bewusst oder unbewusst passieren – zum Beispiel durch Vorurteile, Ungleichbehandlung oder fehlende Rücksicht auf kulturelle Unterschiede.

Beispiel:

Eine weiße Patientin wurde von ihrer Hausärztin sofort ernst genommen und entsprechend behandelt, als sie über anhaltende Schmerzen klagte. Im Austausch mit einer befreundeten Schwarzen Person, die von der gleichen Ärztin behandelt wird, stellt sich heraus, dass diese bei ähnlichen Symptomen vertröstet wurde. Ihr wurde gesagt, sie solle ‚erstmal abwarten‘.

Wahrnehmung von Rassismus im Gesundheitswesen (ca. 15 Min.)

13. Nach dieser kurzen Definition von Rassismus und dem Beispiel – fallen Ihnen weitere Situationen ein, in denen Sie Rassismus beobachtet haben? Wie hat sich dieser gezeigt? Erzählen Sie auch hier gerne von konkreten Beispielen.
14. Glauben Sie, dass Schwarze Fachkräfte im Gesundheitswesen andere Erfahrungen machen als weiße Fachkräfte (z. B. im Kontakt mit Patient:innen)? Warum oder warum nicht?
 - a. Haben Sie schon einmal Rassismus gegenüber Schwarzen Patient:innen beobachtet? Wenn ja, wie hat sich das geäußert?

15. Gibt es weitere Formen von Diskriminierung, die Ihnen im Gesundheitswesen auffallen?

- d. Unterschiede in der Behandlung?
- e. Sprachliche Barrieren?
- f. Vorurteile (Stereotype)?

Reflexion über die eigene Rolle und strukturelle Aspekte (ca. 20 Min.)

16. Was verstehen Sie unter strukturellem Rassismus im Gesundheitswesen? Welche strukturellen Herausforderungen oder Barrieren beobachten Sie, die möglicherweise zu Benachteiligungen führen?

- a. Inwiefern beobachten Sie dabei konkrete Hürden – zum Beispiel in Bezug auf die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit oder Erreichbarkeit von Angeboten oder bzgl. finanzieller Aspekte?

17. In welcher Rolle sehen Sie sich als weiße Patient:in in Bezug auf die Gestaltung eines diskriminierungsfreien Gesundheitssystems? Welche Rolle spielen strukturelle Aspekte dabei?

18. Inwiefern spielen andere soziale Kategorien wie Geschlecht, Religion, sozioökonomischer Status oder Aufenthaltsstatus eine Rolle bei Rassismuserfahrungen im Gesundheitswesen?

Persönlicher Umgang (ca. 25 Min.)

19. Wie reagieren Sie, wenn Sie Rassismus im Gesundheitswesen beobachten?

20. Können Sie von Situationen erzählen, in denen Sie selbst unsicher waren, wie Sie sich verhalten sollen? Warum war das so bzw. was hat Sie verunsichert?

Veränderungswünsche und Lösungsansätze (ca. 15 Min.)

21. Welche Maßnahmen halten Sie für sinnvoll, um Rassismuserfahrungen im Gesundheitswesen zu reduzieren?

22. Wie bewerten Sie die Wirksamkeit und Relevanz von Schulungen oder Weiterbildungen zu Rassismus oder interkultureller Kompetenz im Gesundheitswesen?

23. Kennen Sie institutionelle Maßnahmen oder bewährte Praktiken, die Ihrer Meinung nach dazu beitragen könnten, Diskriminierung im Gesundheitswesen zu reduzieren und ein diversitätssensibles Arbeitsumfeld zu fördern?

Abschluss

24. Wenn Sie einen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich in Bezug auf Rassismus im Gesundheitswesen für die Zukunft wünschen?

Haben Sie noch weitere Anmerkungen, Fragen oder abschließende Gedanken?

- Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse
- Information zu weiteren Schritten (z. B. wie die Ergebnisse genutzt werden)
- Dank an die Teilnehmenden für ihre Zeit und Offenheit


Haben Sie noch Fragen bezüglich des Interviews oder des Projektes?

Möchten Sie die Publikationen per E-Mail erhalten?

Ende des Interviews und Verabschiedung

Fokusgruppen-Leitfaden für Schwarze Ärzt:innen

Erleben und Folgen rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen in Hamburg

 **Dauer:** ca. 90 Minuten

Passende Zielgruppe für diesen Leitfaden:

Schwarze Ärzt:innen, die in den letzten 12 Wochen eine:n weiße:n Patient:in behandelt haben


Nicht passend für:

- Weiße Ärzt:innen oder Patient:innen
- Schwarze Patient:innen oder andere Fachkräfte

 **Teilnehmende:**

 **Gruppe:** _____

 **Datum:** _____

 **Moderation:** _____

 **Assistenz:** _____

To Do vor dem Gespräch:

- Liegt die Einverständniserklärung (EE) vor?
- Fragebogen sind ausgefüllt.
- Ruhige Atmosphäre schaffen
- Interviewleitfaden ausgedruckt bereitlegen + Bleistift
- Diktiergerät einstellen + Aufnahme-App öffnen

Gespräch:

➔ Aufnahme beginnen

Begrüßung

Herzlich willkommen und vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, heute hier zu sein. Mein Name ist _____ und ich moderiere diese Fokusgruppe.

Wir sind die Forschungsgruppe CARE – Community Action for Racial Equity und führen diese Studie in Kooperation zwischen dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und der HAW Hamburg durch. Die Studie wird von der Freien und Hansestadt Hamburg über die Sozialbehörde gefördert.

Unser Ziel ist es, Rassismus im Gesundheitswesen zu untersuchen – insbesondere die Wahrnehmungen und Erfahrungen von Patient:innen sowie von Ärzt:innen und Fachpersonal im Gesundheitssektor.

In dieser Fokusgruppe möchten wir verstehen:

- wie Sie als **Schwarze Ärzt:innen** Rassismus im Gesundheitswesen erleben oder beobachten,
- welche Herausforderungen Sie als **Schwarze Ärzt:innen** wahrnehmen und
- welche Veränderungen Sie als notwendig erachten, um Diskriminierung im Gesundheitswesen entgegenzuwirken.

Vielen Dank, dass Sie bereit sind, Ihre Erfahrungen und Perspektiven mit uns zu teilen.

Vorstellung

(freiwillig: Name oder Alias, Pronomen, kurze Vorstellung)

Bevor wir starten, möchten wir uns kurz vorstellen. Danach haben Sie die Gelegenheit, sich – wenn Sie möchten – mit Ihrem Namen oder einem Alias sowie einer kurzen Information über sich vorzustellen.

Wichtige Hinweise

- Das Gespräch heute wird in offener Form geführt.
 - Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – jede Perspektive zählt und jede Erfahrung ist relevant.
 - Das Gespräch wird anonymisiert und vertraulich behandelt.
 - Die Teilnahme ist freiwillig – Sie können jederzeit eine Pause einlegen oder das Gespräch verlassen.
 - Sie dürfen jederzeit nachfragen oder auf etwas zurückkommen.

🗨️ Rückfragen

Haben Sie vorab noch Fragen an mich oder an die Projektgruppe CARE?

🔑 Einstieg

Dann möchte ich mit einem kurzen Einstieg in unser Thema starten.

Die empirische Forschung zeigt, dass Menschen aus marginalisierten Gruppen (im Gesundheitswesen) häufig Diskriminierung erfahren. Mit „marginalisiert“ sind gesellschaftliche Gruppen gemeint, die oft als weniger bedeutend oder einflussreich angesehen werden – wie in diesem Fall Schwarze Menschen. Diskriminierung kann ihren Zugang zum Gesundheitssystem einschränken, das Gesundheitsverhalten negativ beeinflussen und dadurch letztlich ihre Gesundheit beeinträchtigen.

🎤 Interview

Zu Beginn möchte ich Ihnen zunächst gerne eine allgemeine Frage zu Ihrer Wahrnehmung von Rassismus im Gesundheitswesen stellen:

Wenn Sie in Ihrer beruflichen Praxis Rassismus erlebt oder beobachtet haben, wie hat sich das gezeigt? Erzählen Sie gerne von konkreten Beispielen.

Rassismus im Gesundheitswesen bedeutet, dass Menschen wegen ihrer Hautfarbe oder Herkunft im medizinischen oder gesundheitlichen Bereich schlechter behandelt werden. Das kann bewusst oder unbewusst passieren – zum Beispiel durch Vorurteile, Ungleichbehandlung oder fehlende Rücksicht auf kulturelle Unterschiede.

Beispiel:

Eine Schwarze Ärztin wird von Patient:innen oder Kolleg:innen wiederholt gefragt, ob sie wirklich Ärztin sei. Patient:innen halten sie manchmal für Pflegepersonal oder eine Assistenz. Im Austausch mit weißen Kolleg:innen stellt sie fest, dass diese so etwas selten bis gar nicht erleben.

Wahrnehmung von Rassismus im Gesundheitswesen (ca. 15 Min.)

25. Nach dieser kurzen Definition von Rassismus und dem Beispiel – fallen Ihnen weitere Situationen ein, in denen Sie Rassismus erlebt oder beobachtet haben? Wie hat sich dieser gezeigt? Erzählen Sie auch hier gerne von konkreten Beispielen.

26. Glauben Sie, dass Schwarze Ärzt:innen im Gesundheitswesen (z. B. im beruflichen Alltag, im Kontakt mit Patient:innen oder im Kollegium) andere Erfahrungen machen als weiße Ärzt:innen? Warum oder warum nicht?

- a. Wie nehmen Sie die Interaktionen zwischen weißen Patient:innen und Schwarzen Ärzt:innen wahr? Welche Herausforderungen oder positiven Erfahrungen haben Sie in diesem Zusammenhang gemacht oder beobachtet?
27. Gibt es weitere Formen von Diskriminierung, die Ihnen im Gesundheitswesen auffallen?
- g. Unterschiede in der Behandlung?
 - h. Sprachliche Barrieren?
 - i. Vorurteile (Stereotype)?

Reflexion über strukturelle Aspekte und Diskriminierung (ca. 20 Min.)

28. Was verstehen Sie unter strukturellem Rassismus im Gesundheitswesen? Welche strukturellen Herausforderungen oder Barrieren haben Sie erlebt (oder beobachtet), die möglicherweise zu Benachteiligungen führen?
- a. Inwiefern gab es dabei konkrete Hürden – zum Beispiel in Bezug auf die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit oder Erreichbarkeit von Angeboten oder bzgl. finanzieller Aspekte?
29. Welche Rolle spielen Sie als Schwarze:r Ärzt:in in der Gestaltung eines diskriminierungsfreien Gesundheitssystems? Welche Rolle spielen strukturelle Aspekte dabei?
30. Inwiefern spielen andere soziale Kategorien wie Geschlecht, Religion, sozioökonomischer Status oder Aufenthaltsstatus eine Rolle bei Rassismuserfahrungen im Gesundheitswesen?

Persönlicher Umgang (ca. 25 Min.)

31. Wie reagieren Sie, wenn Sie Rassismus im Gesundheitswesen erleben oder beobachten?
32. Können Sie von Situationen erzählen, in denen Sie selbst unsicher waren, wie Sie sich verhalten sollen? Warum war das so bzw. was hat Sie verunsichert?
- a. Was hätten Sie in diesen Situationen gebraucht? Was hätte Ihnen konkret geholfen?

Veränderungswünsche und Lösungsansätze (ca. 15 Min.)

33. Welche Maßnahmen halten Sie für sinnvoll, um Rassismuserfahrungen im Gesundheitswesen zu reduzieren?
34. Gibt es Schulungen oder Weiterbildungen zu Rassismus oder interkultureller Kompetenz in Ihrem Arbeitsumfeld? Falls ja, wie bewerten Sie diese hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Relevanz?

35. Kennen Sie institutionelle Maßnahmen oder bewährte Praktiken, die Ihrer Meinung nach dazu beitragen könnten, Diskriminierung im Gesundheitswesen zu reduzieren und ein diversitätssensibles Arbeitsumfeld zu fördern?

Abschluss

36. Wenn Sie einen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich in Bezug auf Rassismus im Gesundheitswesen für die Zukunft wünschen?

Haben Sie noch weitere Anmerkungen, Fragen oder abschließende Gedanken?


- Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse
- Information zu weiteren Schritten (z. B. wie die Ergebnisse genutzt werden)
- Dank an die Teilnehmenden für ihre Zeit und Offenheit

Haben Sie noch Fragen bezüglich des Interviews oder des Projektes?

Möchten Sie die Publikationen per E-Mail erhalten?

Ende des Interviews und Verabschiedung

Fokusgruppen-Leitfaden für Schwarze Menschen in Gesundheitsberufen Erleben und Folgen rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen in Hamburg

 **Dauer:** ca. 90 Minuten

Passende Zielgruppe für diesen Leitfaden:

Schwarze Menschen in Gesundheitsberufen, die in den letzten 12 Wochen eine:n weiße:n Patient:in behandelt haben


Nicht passend für:

- Weiße Menschen in Gesundheitsberufen oder weiße Patient:innen
- Schwarze Patient:innen oder andere Fachkräfte

 **Teilnehmende:**

 **Gruppe:** _____

 **Datum:** _____

 **Moderation:** _____

 **Assistenz:** _____

To Do vor dem Gespräch:

- Liegt die Einverständniserklärung (EE) vor?
- Fragebogen sind ausgefüllt.
- Ruhige Atmosphäre schaffen
- Interviewleitfaden ausgedruckt bereitlegen + Bleistift
- Diktiergerät einstellen + Aufnahme-App öffnen

Gespräch:

➔ Aufnahme beginnen

Begrüßung

Herzlich willkommen und vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, heute hier zu sein. Mein Name ist _____ und ich moderiere diese Fokusgruppe.

Wir sind die Forschungsgruppe CARE – Community Action for Racial Equity und führen diese Studie in Kooperation zwischen dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und der HAW Hamburg durch. Die Studie wird von der Freien und Hansestadt Hamburg über die Sozialbehörde gefördert.

Unser Ziel ist es, Rassismus im Gesundheitswesen zu untersuchen – insbesondere die Wahrnehmungen und Erfahrungen von Patient:innen sowie von Ärzt:innen und Fachpersonal im Gesundheitssektor.

In dieser Fokusgruppe möchten wir verstehen:

- wie Sie als **Schwarze Person in einem Gesundheitsberuf** Rassismus im Gesundheitswesen erleben oder beobachten,
- welche Herausforderungen Sie als **Schwarze Person in einem Gesundheitsberuf** wahrnehmen und
- welche Veränderungen Sie als notwendig erachten, um Diskriminierung im Gesundheitswesen entgegenzuwirken.

Vielen Dank, dass Sie bereit sind, Ihre Erfahrungen und Perspektiven mit uns zu teilen.

Vorstellung

(freiwillig: Name oder Alias, Pronomen, kurze Vorstellung)

Bevor wir starten, möchten wir uns kurz vorstellen. Danach haben Sie die Gelegenheit, sich – wenn Sie möchten – mit Ihrem Namen oder einem Alias sowie einer kurzen Information über sich vorzustellen.

Wichtige Hinweise

- Das Gespräch heute wird in offener Form geführt.
 - Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – jede Perspektive zählt und jede Erfahrung ist relevant.
 - Das Gespräch wird anonymisiert und vertraulich behandelt.
 - Die Teilnahme ist freiwillig – Sie können jederzeit eine Pause einlegen oder das Gespräch verlassen.

- Sie dürfen jederzeit nachfragen oder auf etwas zurückkommen.

Rückfragen

Haben Sie vorab noch Fragen an mich oder an die Projektgruppe CARE?

Einstieg

Dann möchte ich mit einem kurzen Einstieg in unser Thema starten.

Die empirische Forschung zeigt, dass Menschen aus marginalisierten Gruppen (im Gesundheitswesen) häufig Diskriminierung erfahren. Mit „marginalisiert“ sind gesellschaftliche Gruppen gemeint, die oft als weniger bedeutend oder einflussreich angesehen werden – wie in diesem Fall Schwarze Menschen. Diskriminierung kann ihren Zugang zum Gesundheitssystem einschränken, das Gesundheitsverhalten negativ beeinflussen und dadurch letztlich ihre Gesundheit beeinträchtigen.

Interview

Zu Beginn möchte ich Ihnen zunächst gerne eine allgemeine Frage zu Ihrer Wahrnehmung von Rassismus im Gesundheitswesen stellen:

Wenn Sie in Ihrer beruflichen Praxis Rassismus erlebt oder beobachtet haben, wie hat sich das gezeigt? Erzählen Sie gerne von konkreten Beispielen.

Rassismus im Gesundheitswesen bedeutet, dass Menschen wegen ihrer Hautfarbe oder Herkunft im medizinischen oder gesundheitlichen Bereich schlechter behandelt werden. Das kann bewusst oder unbewusst passieren – zum Beispiel durch Vorurteile, Ungleichbehandlung oder fehlende Rücksicht auf kulturelle Unterschiede.

Beispiel:

Eine Schwarze Pflegefachkraft wird von weißen Patient:innen häufig geduzt, während ihre weißen Kolleg:innen selbstverständlich gesiezt werden. Einige Patient:innen hinterfragen ihre Empfehlungen häufiger oder wollen ‚lieber nochmal bei der Ärztin nachfragen‘, obwohl es dabei explizit um ihre Expertise als Pflegefachkraft geht.

Wahrnehmung und Definition von Rassismus im Gesundheitswesen (ca. 15 Min.)

37. Nach dieser kurzen Definition von Rassismus und dem Beispiel – fallen Ihnen weitere Situationen ein, in denen Sie Rassismus erlebt oder beobachtet haben? Wie hat sich dieser gezeigt? Erzählen Sie auch hier gerne von konkreten Beispielen.

38. Glauben Sie, dass Schwarze Menschen in Gesundheitsberufen (z. B. im beruflichen Alltag, im Kontakt mit Patient:innen oder im Kollegium) andere Erfahrungen machen als ihre weißen Kolleg:innen? Warum oder warum nicht?

- a. Wie nehmen Sie die Interaktionen zwischen weißen Patient:innen und Schwarzen Fachkräften wahr? Welche Herausforderungen oder positiven Erfahrungen haben Sie in diesem Zusammenhang gemacht oder beobachtet?
39. Gibt es weitere Formen von Diskriminierung, die Ihnen im Gesundheitswesen auffallen?
- j. Unterschiede in der Behandlung?
 - k. Sprachliche Barrieren?
 - l. Vorurteile (Stereotype)?

Reflexion über strukturelle Aspekte und Diskriminierung (ca. 20 Min.)

40. Was verstehen Sie unter strukturellem Rassismus im Gesundheitswesen? Welche strukturellen Herausforderungen oder Barrieren haben Sie erlebt (oder beobachtet), die möglicherweise zu Benachteiligungen führen?
- a. Inwiefern gab es dabei konkrete Hürden – zum Beispiel in Bezug auf die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit oder Erreichbarkeit von Angeboten oder bzgl. finanzieller Aspekte?
41. Welche Rolle spielen Sie als Schwarze Person in einem Gesundheitsberuf in der Gestaltung eines diskriminierungsfreien Gesundheitssystems? Welche Rolle spielen strukturelle Aspekte dabei?
42. Inwiefern spielen andere soziale Kategorien wie Geschlecht, Religion, sozioökonomischer Status oder Aufenthaltsstatus eine Rolle bei Rassismuserfahrungen im Gesundheitswesen?

Persönlicher Umgang (ca. 25 Min.)

43. Wie reagieren Sie, wenn Sie Rassismus im Gesundheitswesen erleben oder beobachten?
44. Können Sie von Situationen erzählen, in denen Sie selbst unsicher waren, wie Sie sich verhalten sollen? Warum war das so bzw. was hat Sie verunsichert?
- a. Was hätten Sie in diesen Situationen gebraucht? Was hätte Ihnen konkret geholfen?

Veränderungswünsche und Lösungsansätze (ca. 15 Min.)

45. Welche Maßnahmen halten Sie für sinnvoll, um Rassismuserfahrungen im Gesundheitswesen zu reduzieren?
46. Gibt es Schulungen oder Weiterbildungen zu Rassismus oder interkultureller Kompetenz in Ihrem Arbeitsumfeld? Falls ja, wie bewerten Sie diese hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Relevanz?

47. Kennen Sie institutionelle Maßnahmen oder bewährte Praktiken, die Ihrer Meinung nach dazu beitragen könnten, Diskriminierung im Gesundheitswesen zu reduzieren und ein diversitätssensibles Arbeitsumfeld zu fördern?

Abschluss

48. Wenn Sie einen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich in Bezug auf Rassismus im Gesundheitswesen für die Zukunft wünschen?

Haben Sie noch weitere Anmerkungen, Fragen oder abschließende Gedanken?

- Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse
- Information zu weiteren Schritten (z. B. wie die Ergebnisse genutzt werden)
- Dank an die Teilnehmenden für ihre Zeit und Offenheit


Haben Sie noch Fragen bezüglich des Interviews oder des Projektes?

Möchten Sie die Publikationen per E-Mail erhalten?

Ende des Interviews und Verabschiedung

Fokusgruppen-Leitfaden für Schwarze Menschen im Medizinstudium oder gesundheitswissenschaftlichen Studium sowie Lehrpersonal und Auszubildende

Erleben und Folgen rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen in Hamburg

 **Dauer:** ca. 90 Minuten

Passende Zielgruppe für diesen Leitfaden:


Schwarze Menschen im Medizinstudium oder gesundheitswissenschaftlichen Studium sowie Lehrpersonal und Auszubildende

Nicht passend für:

Weiße Menschen im Medizinstudium oder gesundheitswissenschaftlichen Studium sowie Lehrpersonal und Auszubildende

Schwarze Patient:innen oder andere Fachkräfte

 **Teilnehmende:**

 **Gruppe:** _____

 **Datum:** _____

 **Moderation:** _____

 **Assistenz:** _____

To Do vor dem Gespräch:

- Liegt die Einverständniserklärung (EE) vor?
- Fragebogen sind ausgefüllt.
- Ruhige Atmosphäre schaffen
- Interviewleitfaden ausgedruckt bereitlegen + Bleistift
- Diktiergerät einstellen + Aufnahme-App öffnen

Gespräch:

➔ Aufnahme beginnen

Begrüßung

Herzlich willkommen und vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, heute hier zu sein. Mein Name ist _____ und ich moderiere diese Fokusgruppe.

Wir sind die Forschungsgruppe CARE – Community Action for Racial Equity und führen diese Studie in Kooperation zwischen dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und der HAW Hamburg durch. Die Studie wird von der Freien und Hansestadt Hamburg über die Sozialbehörde gefördert.

Unser Ziel ist es, Rassismus im Gesundheitswesen zu untersuchen – insbesondere die Wahrnehmungen und Erfahrungen von Patient:innen sowie von Ärzt:innen und Fachpersonal im Gesundheitssektor.

In dieser Fokusgruppe möchten wir verstehen:

- wie Sie als **Schwarze Person / Auszubildende:r / Lehrpersonal im Medizinstudium oder gesundheitswissenschaftlichen Studium** Rassismus im Gesundheitswesen erleben oder beobachten,
- welche Herausforderungen Sie dabei wahrnehmen und
- welche Veränderungen Sie als notwendig erachten, um Diskriminierung im Gesundheitswesen entgegenzuwirken.

Vielen Dank, dass Sie bereit sind, Ihre Erfahrungen und Perspektiven mit uns zu teilen.

Vorstellung

(freiwillig: Name oder Alias, Pronomen, kurze Vorstellung)

Bevor wir starten, möchten wir uns kurz vorstellen. Danach haben Sie die Gelegenheit, sich – wenn Sie möchten – mit Ihrem Namen oder einem Alias sowie einer kurzen Information über sich vorzustellen.

Wichtige Hinweise

- Das Gespräch heute wird in offener Form geführt.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – jede Perspektive zählt und jede Erfahrung ist relevant.
- Das Gespräch wird anonymisiert und vertraulich behandelt.
- Die Teilnahme ist freiwillig – Sie können jederzeit eine Pause einlegen oder das Gespräch verlassen.

- Sie dürfen jederzeit nachfragen oder auf etwas zurückkommen.

Rückfragen

Haben Sie vorab noch Fragen an mich oder an die Projektgruppe CARE?

Einstieg

Dann möchte ich mit einem kurzen Einstieg in unser Thema starten.

Die empirische Forschung zeigt, dass Menschen aus marginalisierten Gruppen (im Gesundheitswesen) häufig Diskriminierung erfahren. Mit „marginalisiert“ sind gesellschaftliche Gruppen gemeint, die oft als weniger bedeutend oder einflussreich angesehen werden – wie in diesem Fall Schwarze Menschen. Diskriminierung kann ihren Zugang zum Gesundheitssystem einschränken, das Gesundheitsverhalten negativ beeinflussen und dadurch letztlich ihre Gesundheit beeinträchtigen.

Interview

Zu Beginn möchte ich Ihnen zunächst gerne eine allgemeine Frage zu Ihrer Wahrnehmung von Rassismus im Gesundheitswesen stellen:

Wenn Sie Rassismus im Gesundheitswesen erlebt oder beobachtet haben, wie hat sich das gezeigt? Erzählen Sie gerne von konkreten Beispielen.

Rassismus im Gesundheitswesen bedeutet, dass Menschen wegen ihrer Hautfarbe oder Herkunft im medizinischen oder gesundheitlichen Bereich schlechter behandelt werden. Das kann bewusst oder unbewusst passieren – zum Beispiel durch Vorurteile, Ungleichbehandlung oder fehlende Rücksicht auf kulturelle Unterschiede.

Beispiel:

Ein Schwarzer Medizinstudent bemerkt, dass seine weißen Kommiliton:innen in der klinischen Praxis mehr Freiheiten bekommen und dass schneller über deren Fehler hinweggesehen wird, während er seine Qualifikationen stets stärker unter Beweis stellen muss.

Wahrnehmung und Definition von Rassismus im Gesundheitswesen (ca. 15 Min.)

49. Nach dieser kurzen Definition von Rassismus und dem Beispiel – fallen Ihnen weitere Situationen ein, in denen Sie Rassismus erlebt oder beobachtet haben? Wie hat sich dieser gezeigt? Erzählen Sie auch hier gerne von konkreten Beispielen.

50. Glauben Sie, dass Schwarze Studierende / Auszubildende / Lehrpersonal im Gesundheitswesen (z. B. im beruflichen Alltag, im Kontakt mit Patient:innen oder im

Kollegium) andere Erfahrungen machen als ihre weißen Kommiliton:innen bzw. Kolleg:innen? Warum oder warum nicht?

- a. Wie nehmen Sie die Interaktionen zwischen weißen Patient:innen und Schwarzen Angestellten im Gesundheitswesen wahr? Welche Herausforderungen oder positiven Erfahrungen haben Sie in diesem Zusammenhang gemacht oder beobachtet?

51. Gibt es weitere Formen von Diskriminierung, die Ihnen im Gesundheitswesen auffallen?

- m. Unterschiede in der Behandlung?
- n. Sprachliche Barrieren?
- o. Vorurteile (Stereotype)?

Reflexion über strukturelle Aspekte und Diskriminierung (ca. 20 Min.)

52. Was verstehen Sie unter strukturellem Rassismus im Gesundheitswesen? Welche strukturellen Herausforderungen oder Barrieren haben Sie erlebt (oder beobachtet), die möglicherweise zu Benachteiligungen führen?

- a. Inwiefern gab es dabei konkrete Hürden – zum Beispiel in Bezug auf die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit oder Erreichbarkeit von Angeboten oder bzgl. finanzieller Aspekte?

53. Welche Rolle spielen Sie als Schwarze Person im Studium, in der Ausbildung oder Lehre in der Gestaltung eines diskriminierungsfreien Gesundheitssystems? Welche Rolle spielen strukturelle Aspekte dabei?

54. Inwiefern spielen andere soziale Kategorien wie Geschlecht, Religion, sozioökonomischer Status oder Aufenthaltsstatus eine Rolle bei Rassismuserfahrungen im Gesundheitswesen?

Persönlicher Umgang (ca. 25 Min.)

55. Wie reagieren Sie, wenn Sie Rassismus im Gesundheitswesen erleben oder beobachten?

56. Können Sie von Situationen erzählen, in denen Sie selbst unsicher waren, wie Sie sich verhalten sollen? Warum war das so bzw. was hat Sie verunsichert?

- a. Was hätten Sie in diesen Situationen gebraucht? Was hätte Ihnen konkret geholfen?

Veränderungswünsche und Lösungsansätze (ca. 15 Min.)

57. Welche Maßnahmen halten Sie für sinnvoll, um Rassismuserfahrungen im Gesundheitswesen zu reduzieren?

58. Gibt es Schulungen oder Weiterbildungen zu Rassismus oder interkultureller Kompetenz in Ihrem Arbeitsumfeld oder im Studium? Falls ja, wie bewerten Sie diese hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Relevanz?

59. Kennen Sie institutionelle Maßnahmen oder bewährte Praktiken, die Ihrer Meinung nach dazu beitragen könnten, Diskriminierung im Gesundheitswesen zu reduzieren und ein diversitätssensibles Arbeitsumfeld zu fördern?

Abschluss

60. Wenn Sie einen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich in Bezug auf Rassismus im Gesundheitswesen für die Zukunft wünschen?

Haben Sie noch weitere Anmerkungen, Fragen oder abschließende Gedanken?

- Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse
- Information zu weiteren Schritten (z. B. wie die Ergebnisse genutzt werden)
- Dank an die Teilnehmenden für ihre Zeit und Offenheit


Haben Sie noch Fragen bezüglich des Interviews oder des Projektes?

Möchten Sie die Publikationen per E-Mail erhalten?

Ende des Interviews und Verabschiedung

Fokusgruppen-Leitfaden für Schwarze Menschen, die psychologische Hilfe und Unterstützung suchen

Erleben und Folgen rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen in Hamburg

 **Dauer:** ca. 90 Minuten

Passende Zielgruppe für diesen Leitfaden:

Schwarze Menschen, die psychologische Hilfe und Unterstützung suchen

Nicht passend für:


Weiße Menschen, die psychologische Hilfe und Unterstützung suchen

Schwarze Patient:innen oder andere Fachkräfte

 **Teilnehmende:**

 **Gruppe:** _____

 **Datum:** _____

 **Moderation:** _____

 **Assistenz:** _____

To Do vor dem Gespräch:

Liegt die Einverständniserklärung (EE) vor?

Fragebogen sind ausgefüllt.

Ruhige Atmosphäre schaffen

Interviewleitfaden ausgedruckt bereitlegen + Bleistift

Diktiergerät einstellen + Aufnahme-App öffnen

Gespräch:

➔ Aufnahme beginnen

Begrüßung

Herzlich willkommen und vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, heute hier zu sein. Mein Name ist _____ und ich moderiere diese Fokusgruppe.

Wir sind die Forschungsgruppe CARE – Community Action for Racial Equity und führen diese Studie in Kooperation zwischen dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und der HAW Hamburg durch. Die Studie wird von der Freien und Hansestadt Hamburg über die Sozialbehörde gefördert.

Unser Ziel ist es, Rassismus im Gesundheitswesen zu untersuchen – insbesondere die Wahrnehmungen und Erfahrungen von Patient:innen sowie von Ärzt:innen und Fachpersonal im Gesundheitssektor.

In dieser Fokusgruppe möchten wir verstehen:

- wie Sie als **Schwarze Person, die psychologische Hilfe und Unterstützung sucht**, Rassismus im Gesundheitswesen erleben oder beobachten,
- welche Herausforderungen Sie dabei wahrnehmen und
- welche Veränderungen Sie als notwendig erachten, um Diskriminierung im Gesundheitswesen entgegenzuwirken.

Vielen Dank, dass Sie bereit sind, Ihre Erfahrungen und Perspektiven mit uns zu teilen.

Vorstellung

(freiwillig: Name oder Alias, Pronomen, kurze Vorstellung)

Bevor wir starten, möchten wir uns kurz vorstellen. Danach haben Sie die Gelegenheit, sich – wenn Sie möchten – mit Ihrem Namen oder einem Alias sowie einer kurzen Information über sich vorzustellen.

Wichtige Hinweise

- Das Gespräch heute wird in offener Form geführt.
 - Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – jede Perspektive zählt und jede Erfahrung ist relevant.
 - Das Gespräch wird anonymisiert und vertraulich behandelt.
 - Die Teilnahme ist freiwillig – Sie können jederzeit eine Pause einlegen oder das Gespräch verlassen.
 - Sie dürfen jederzeit nachfragen oder auf etwas zurückkommen.

Rückfragen

Haben Sie vorab noch Fragen an mich oder an die Projektgruppe CARE?

Einstieg

Dann möchte ich mit einem kurzen Einstieg in unser Thema starten.

Die empirische Forschung zeigt, dass Menschen aus marginalisierten Gruppen (im Gesundheitswesen) häufig Diskriminierung erfahren. Mit „marginalisiert“ sind gesellschaftliche Gruppen gemeint, die oft als weniger bedeutend oder einflussreich angesehen werden – wie in diesem Fall Schwarze Menschen. Diskriminierung kann ihren Zugang zum Gesundheitssystem einschränken, das Gesundheitsverhalten negativ beeinflussen und dadurch letztlich ihre Gesundheit beeinträchtigen.

Interview

Zu Beginn möchte ich Ihnen zunächst gerne eine allgemeine Frage zu Ihrer Wahrnehmung von Rassismus im Gesundheitswesen stellen:

Wenn Sie Rassismus im Gesundheitswesen erlebt oder beobachtet haben, wie hat sich das gezeigt? Erzählen Sie gerne von konkreten Beispielen.

Rassismus im Gesundheitswesen bedeutet, dass Menschen wegen ihrer Hautfarbe oder Herkunft im medizinischen oder gesundheitlichen Bereich schlechter behandelt werden. Das kann bewusst oder unbewusst passieren – zum Beispiel durch Vorurteile, Ungleichbehandlung oder fehlende Rücksicht auf kulturelle Unterschiede.

Beispiel:

Eine Schwarze Person ruft bei verschiedenen Praxen an, um einen Therapieplatz zu finden. Sie bekommt mehrere Male die Antwort, dass dies ‚nicht die richtige Praxis‘ für sie sei, nachdem sie ihren Namen genannt hat. Als sie bei einem Erstgespräch von ihren Ängsten aufgrund von Rassismuserfahrungen spricht, nimmt die Therapeutin dies nicht ernst.

Wahrnehmung und Definition von Rassismus im Gesundheitswesen (ca. 15 Min.)

61. Nach dieser kurzen Definition von Rassismus und dem Beispiel – fallen Ihnen weitere Situationen ein, in denen Sie Rassismus erlebt oder beobachtet haben? Wie hat sich dieser gezeigt? Erzählen Sie auch hier gerne von konkreten Beispielen.
62. Glauben Sie, dass Schwarze Menschen, die psychologische Hilfe und Unterstützung suchen, dabei andere Erfahrungen machen als weiße Menschen? Warum oder warum nicht?

- a. Wie nehmen Sie die Interaktionen zwischen Schwarzen Personen, die Unterstützung suchen, und weißen Fachkräften im Gesundheitswesen wahr? Welche Herausforderungen oder positiven Erfahrungen haben Sie in diesem Zusammenhang beobachtet?
63. Gibt es weitere Formen von Diskriminierung, die Ihnen im Gesundheitswesen auffallen?
- p. Unterschiede in der Behandlung?
 - q. Sprachliche Barrieren?
 - r. Vorurteile (Stereotype)?

Reflexion über strukturelle Aspekte und Diskriminierung (ca. 20 Min.)

64. Was verstehen Sie unter strukturellem Rassismus im Gesundheitswesen? Welche strukturellen Herausforderungen oder Barrieren haben Sie erlebt (oder beobachtet), die möglicherweise zu Benachteiligungen führen?
- a. Inwiefern gab es dabei konkrete Hürden – zum Beispiel in Bezug auf die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit oder Erreichbarkeit von Angeboten oder bzgl. finanzieller Aspekte?
65. Welche Rolle spielen Sie selbst in der Gestaltung eines diskriminierungsfreien Gesundheitssystems? Welche Rolle spielen strukturelle Aspekte dabei?
66. Inwiefern spielen andere soziale Kategorien wie Geschlecht, Religion, sozioökonomischer Status oder Aufenthaltsstatus eine Rolle bei Rassismus Erfahrungen im Gesundheitswesen?

Persönlicher Umgang (ca. 25 Min.)

67. Wie reagieren Sie, wenn Sie Rassismus im Gesundheitswesen erleben oder beobachten?
68. Können Sie von Situationen erzählen, in denen Sie selbst unsicher waren, wie Sie sich verhalten sollen? Warum war das so bzw. was hat Sie verunsichert?
- a. Was hätten Sie in diesen Situationen gebraucht? Was hätte Ihnen konkret geholfen?

Veränderungswünsche und Lösungsansätze (ca. 15 Min.)

69. Welche Maßnahmen halten Sie für sinnvoll, um Rassismuserfahrungen im Gesundheitswesen zu reduzieren?
70. Wie bewerten Sie die Wirksamkeit und Relevanz von Schulungen oder Weiterbildungen zu Rassismus oder interkultureller Kompetenz im Gesundheitswesen?

71. Kennen Sie institutionelle Maßnahmen oder bewährte Praktiken, die Ihrer Meinung nach dazu beitragen könnten, Diskriminierung im Gesundheitswesen zu reduzieren und ein diversitätssensibles Arbeitsumfeld zu fördern?

Abschluss

72. Wenn Sie einen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich in Bezug auf Rassismus im Gesundheitswesen für die Zukunft wünschen?

Haben Sie noch weitere Anmerkungen, Fragen oder abschließende Gedanken?

- Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse
- Information zu weiteren Schritten (z. B. wie die Ergebnisse genutzt werden)
- Dank an die Teilnehmenden für ihre Zeit und Offenheit


Haben Sie noch Fragen bezüglich des Interviews oder des Projektes?

Möchten Sie die Publikationen per E-Mail erhalten?

Ende des Interviews und Verabschiedung

Fokusgruppen-Leitfaden für vulnerable Gruppen

Erleben und Folgen rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen in Hamburg

 **Dauer:** ca. 90 Minuten

Passende Zielgruppe für diesen Leitfaden:

- Geflüchtete Menschen
- Menschen im Leistungsbezug
- Asylbewerber:innen
- Schwarze LGBTQIA+-Personen
- Menschen mit Be_hinderungen

Nicht passend für:

- Menschen die zu keiner der aufgezählten vulnerablen Gruppen gehören
- Schwarze Patient:innen oder andere Fachkräfte (hierfür gibt es separate Leitfäden)

 **Teilnehmende:**

 **Gruppe:** _____

 **Datum:** _____

 **Moderation:** _____

 **Assistenz:** _____

To Do vor dem Gespräch:

- Liegt die Einverständniserklärung (EE) vor?
- Fragebogen sind ausgefüllt.
- Ruhige Atmosphäre schaffen
- Interviewleitfaden ausgedruckt bereitlegen + Bleistift
- Diktiergerät einstellen + Aufnahme-App öffnen

Gespräch:

➔ Aufnahme beginnen

Begrüßung

Herzlich willkommen und vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, heute hier zu sein. Mein Name ist _____ und ich moderiere diese Fokusgruppe.

Wir sind die Forschungsgruppe CARE – Community Action for Racial Equity und führen diese Studie in Kooperation zwischen dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und der HAW Hamburg durch. Die Studie wird von der Freien und Hansestadt Hamburg über die Sozialbehörde gefördert.

Unser Ziel ist es, Rassismus im Gesundheitswesen zu untersuchen – insbesondere die Wahrnehmungen und Erfahrungen von Patient:innen sowie von Ärzt:innen und Fachpersonal im Gesundheitssektor.

In dieser Fokusgruppe möchten wir verstehen:

- wie Sie als **geflüchtete Person / Mensch im Leistungsbezug / Asylbewerber:in / Schwarze LGBTQIA+-Person / Mensch mit Be_hinderungen** Rassismus im Gesundheitswesen erleben oder beobachten,
- welche Herausforderungen Sie dabei wahrnehmen und
- welche Veränderungen Sie als notwendig erachten, um Diskriminierung im Gesundheitswesen entgegenzuwirken.

Vielen Dank, dass Sie bereit sind, Ihre Erfahrungen und Perspektiven mit uns zu teilen.

Vorstellung

(freiwillig: Name oder Alias, Pronomen, kurze Vorstellung)

Bevor wir starten, möchten wir uns kurz vorstellen. Danach haben Sie die Gelegenheit, sich – wenn Sie möchten – mit Ihrem Namen oder einem Alias sowie einer kurzen Information über sich vorzustellen.

Wichtige Hinweise

- Das Gespräch heute wird in offener Form geführt.
 - Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – jede Perspektive zählt und jede Erfahrung ist relevant.
 - Das Gespräch wird anonymisiert und vertraulich behandelt.
 - Die Teilnahme ist freiwillig – Sie können jederzeit eine Pause einlegen oder das Gespräch verlassen.

- Sie dürfen jederzeit nachfragen oder auf etwas zurückkommen.

Rückfragen

Haben Sie vorab noch Fragen an mich oder an die Projektgruppe CARE?

Einstieg

Dann möchte ich mit einem kurzen Einstieg in unser Thema starten.

Die empirische Forschung zeigt, dass Menschen aus marginalisierten Gruppen (im Gesundheitswesen) häufig Diskriminierung erfahren. Mit „marginalisiert“ sind gesellschaftliche Gruppen gemeint, die oft als weniger bedeutend oder einflussreich angesehen werden – wie in diesem Fall Schwarze Menschen. Diskriminierung kann ihren Zugang zum Gesundheitssystem einschränken, das Gesundheitsverhalten negativ beeinflussen und dadurch letztlich ihre Gesundheit beeinträchtigen.

Interview

Zu Beginn möchte ich Ihnen zunächst gerne eine allgemeine Frage zu Ihrer Wahrnehmung von Rassismus im Gesundheitswesen stellen:

Wenn Sie Rassismus im Gesundheitswesen erlebt oder beobachtet haben, wie hat sich das gezeigt? Erzählen Sie gerne von konkreten Beispielen.

Rassismus im Gesundheitswesen bedeutet, dass Menschen wegen ihrer Hautfarbe oder Herkunft im medizinischen oder gesundheitlichen Bereich schlechter behandelt werden. Das kann bewusst oder unbewusst passieren – zum Beispiel durch Vorurteile, Ungleichbehandlung oder fehlende Rücksicht auf kulturelle Unterschiede.

Beispiel:

Eine geflüchtete trans* Person sucht medizinische Hilfe wegen anhaltender Schmerzen. Bei der Aufnahme wird sie wiederholt mit falschem Namen und Pronomen angesprochen, obwohl sie dies bereits erklärt hat. Der behandelnde Arzt fragt anschließend zusätzlich nach deren ‚richtigem Geschlecht‘ und stellt persönliche Fragen zu deren Fluchterfahrungen, die nichts mit dem Anliegen der Behandlung zu tun haben.

Wahrnehmung und Definition von Rassismus im Gesundheitswesen (ca. 15 Min.)

73. Nach dieser kurzen Definition von Rassismus und dem Beispiel – fallen Ihnen weitere Situationen ein, in denen Sie Rassismus erlebt oder beobachtet haben? Wie hat sich dieser gezeigt? Erzählen Sie auch hier gerne von konkreten Beispielen.

74. Glauben Sie, dass **geflüchtete Personen / Personen im Leistungsbezug / Asylbewerber:innen / Schwarze LGBTQIA+-Personen / Menschen mit**

Be_hinderungen andere Erfahrungen machen als weiße Angehörige dieser vulnerablen Gruppen (z. B. im Kontakt mit Ärzt:innen oder anderem Fachpersonal)? Warum oder warum nicht?

- a. Wie nehmen Sie in diesem Kontext die Interaktionen zwischen Patient:innen und Fachkräften im Gesundheitswesen wahr? Welche Herausforderungen oder positiven Erfahrungen haben Sie in diesem Zusammenhang beobachtet?

75. Gibt es weitere Formen von Diskriminierung, die Ihnen im Gesundheitswesen auffallen?

- s. Unterschiede in der Behandlung?
- t. Sprachliche Barrieren?
- u. Vorurteile (Stereotype)?

Reflexion über strukturelle Aspekte und Diskriminierung (ca. 20 Min.)

76. Was verstehen Sie unter strukturellem Rassismus im Gesundheitswesen? Welche strukturellen Herausforderungen oder Barrieren haben Sie erlebt (oder beobachtet), die möglicherweise zu Benachteiligungen führen?

- a. Inwiefern gab es dabei konkrete Hürden – zum Beispiel in Bezug auf die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit oder Erreichbarkeit von Angeboten oder bzgl. finanzieller Aspekte?

77. Welche Rolle spielen Sie selbst in der Gestaltung eines diskriminierungsfreien Gesundheitssystems? Welche Rolle spielen strukturelle Aspekte dabei?

78. Inwiefern spielen andere soziale Kategorien bzw. Ihre Zugehörigkeit zu einer oder mehreren vulnerablen Gruppen eine Rolle bei Rassismuserfahrungen im Gesundheitswesen?

- a. Können Sie von Situationen erzählen, in denen Sie zusätzlich Diskriminierung erlebt haben – z. B. aufgrund Ihres Geschlechts, Ihrer Be_hinderung(en), Ihres Bezugs von Sozialleistungen, Ihrer Religion, Ihres Aufenthaltsstatus oder anderer Merkmale?

Persönlicher Umgang (ca. 25 Min.)

79. Wie reagieren Sie, wenn Sie Rassismus im Gesundheitswesen erleben oder beobachten?

80. Können Sie von Situationen erzählen, in denen Sie selbst unsicher waren, wie Sie sich verhalten sollen? Warum war das so bzw. was hat Sie verunsichert?

- a. Was hätten Sie in diesen Situationen gebraucht? Was hätte Ihnen konkret geholfen?

Veränderungswünsche und Lösungsansätze (ca. 15 Min.)

81. Welche Maßnahmen halten Sie für sinnvoll, um Rassismuserfahrungen im Gesundheitswesen zu reduzieren?
82. Wie bewerten Sie die Wirksamkeit und Relevanz von Schulungen oder Weiterbildungen zu Rassismus oder interkultureller Kompetenz im Gesundheitswesen?
83. Kennen Sie institutionelle Maßnahmen oder bewährte Praktiken, die Ihrer Meinung nach dazu beitragen könnten, Diskriminierung im Gesundheitswesen zu reduzieren und ein diversitätssensibles Arbeitsumfeld zu fördern?

Abschluss

84. Wenn Sie einen Wunsch frei hätten, was würden Sie sich in Bezug auf Rassismus im Gesundheitswesen für die Zukunft wünschen?

Haben Sie noch weitere Anmerkungen, Fragen oder abschließende Gedanken?

- Zusammenfassung der wichtigsten Erkenntnisse
- Information zu weiteren Schritten (z. B. wie die Ergebnisse genutzt werden)
- Dank an die Teilnehmenden für ihre Zeit und Offenheit

Haben Sie noch Fragen bezüglich des Interviews oder des Projektes?

Möchten Sie die Publikationen per E-Mail erhalten?

Ende des Interviews und Verabschiedung

Demografische Daten und quantitativer Fragebogen

CARE – Community Action for Racial Equity

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

- *Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten in den dafür vorgesehenen Kästchen an:*
- *Wenn Sie Ihre Antwort auf eine Frage ändern möchten, schwärzen Sie das Kästchen mit der ungültigen Antwort und kreuzen das richtige Kästchen an.*
z.B. Antwort 1 _____ Antwort 2 _____
- *Seien Sie bitte so genau wie möglich. Wenn Sie eine genaue Zahl oder einen genauen Wert nicht nennen können, so schätzen Sie bitte.*
- *Bitte achten Sie auf entsprechende Hinweise zum Ausfüllen von Fragen:*
z.B. „Bitte machen Sie nur eine Angabe“
- *Bitte achten Sie auf entsprechende Hinweise zum Überspringen von Fragen.*

Allgemein demografische Fragen

1) Welches Geschlecht haben Sie?

Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

- Weiblich
- Männlich
- Nicht-binär
- Ich lehne für mich persönlich eine Einordnung in Geschlechtskategorien ab
- Eigene Angabe

Bitte angeben

2) Wie alt sind Sie?

3) Wie lautet Ihre Postleitzahl?

4) Welche Bezeichnung beschreibt Ihre sexuelle Identität am besten?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

- | | |
|---------------|--------------------------|
| Homosexuell | <input type="checkbox"/> |
| Heterosexuell | <input type="checkbox"/> |
| Bisexuell | <input type="checkbox"/> |
| Pansexuell | <input type="checkbox"/> |
| Asexuell | <input type="checkbox"/> |
| Queer | <input type="checkbox"/> |
| Eigene Angabe | <input type="checkbox"/> |

Bitte angeben:

5) Sind Sie selbst in Deutschland geboren?

Wenn ja, dann weiter mit Frage 8. Bitte machen Sie nur eine Angabe.

- | | |
|------|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> |

6) In welchem Land sind Sie geboren?

7) Mussten Sie aus Ihrer Heimat flüchten?

- | | |
|------|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> |

8) Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Ja

Nein, sondern

Bitte angeben:

9) In welchem Land sind Ihre Eltern geboren? (Elternteil 1, z.B. Vater oder Mutter)

In Deutschland

In einem anderen Land, und zwar:

Bitte geben Sie das Land/ die Länder an. Bei politischen Veränderungen im Laufe der Jahre, geben Sie bitte die heutige, gegebenenfalls deutsche Bezeichnung an.

10) In welchem Land sind Ihre Eltern geboren? (Elternteil 2, z.B. Vater oder Mutter)

In Deutschland

In einem anderen Land, und zwar:

Bitte geben Sie das Land/ die Länder an. Bei politischen Veränderungen im Laufe der Jahre, geben Sie bitte die heutige, gegebenenfalls deutsche Bezeichnung an.

Soziale Kontakte

11) Leben Sie in einer festen Beziehung mit einer oder mehreren Personen?

Ja

Nein

12) Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Sechs oder mehr

Drei bis fünf

Ein bis zwei

Keine

13) Tragen Sie für eine oder mehrere Personen Sorge, d.h. versorgen oder pflegen Sie diese? (z.B. Kinder, Eltern)

Wenn nein, dann weiter mit Frage 15. Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Ja

Nein

14) Wie viele sind davon jünger als 14 Jahre?

Finanzielle Ressourcen

15) Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt? Gemeint ist die Summe, die nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge übrigbleibt

Unter 500€	<input type="checkbox"/>
500€ - 900€	<input type="checkbox"/>
900€ - 1.300€	<input type="checkbox"/>
1.300€ - 1.500€	<input type="checkbox"/>
1.500€ - 2.000€	<input type="checkbox"/>
2.000€ - 2.600€	<input type="checkbox"/>
2.600€ - 3.600€	<input type="checkbox"/>
3.600€ - 5.000€	<input type="checkbox"/>
5.000€ +	<input type="checkbox"/>

16) Wie viele Personen zählen zu Ihrem Haushalt (inklusive Sie selbst)?

17) Bestehen bei Ihnen insgesamt finanzielle Sorgen, die einen Einfluss auf Ihre Gesundheitsversorgung haben? (z.B. Erwerb einer Fahrkarte für Arztbesuche, Hilfsmittel, Einkauf gesunder Lebensmittel)

Bitte machen Sie nur eine Angabe

Ja

Nein

Bildungserfahrung

18) Bitte geben Sie Ihren höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss an

Bitte machen Sie nur eine Angabe

Falls Sie Ihren Abschluss im Ausland gemacht haben, bitte auf Basis der absolvierten Schuljahre ins deutsche System einordnen oder Vergleichbares wählen.

Ich bin noch Schüler*in	<input type="checkbox"/>
Schule beendet ohne Abschluss	<input type="checkbox"/>
Hauptschulabschluss, Volksschulabschluss, Abschluss der polytechnischen Oberschule 8. oder 9. Klasse	<input type="checkbox"/>
Realschulabschluss, Mittlere Reife, Fachschulreife oder Abschluss der polytechnischen Oberschule 10. Klasse	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.)	<input type="checkbox"/>
Abitur bzw. erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse (Hochschulreife)	<input type="checkbox"/>
Anderen Schulabschluss, und zwar:	<input type="checkbox"/>

Bitte angeben:

19) Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

Bitte geben Sie alles Zutreffende an. Mehrfachnennungen sind möglich

Ich habe keinen beruflichen Ausbildungsabschluss	<input type="checkbox"/>
Beruflich-betriebliche Anlernzeit mit Abschlusszeugnis, aber keine Lehre	<input type="checkbox"/>
Teilfacharbeiterabschluss	<input type="checkbox"/>
Abgeschlossene gewerbliche oder landwirtschaftliche Lehre	<input type="checkbox"/>
Abgeschlossene kaufmännische Lehre	<input type="checkbox"/>
Berufliches Praktikum, Volontariat	<input type="checkbox"/>
Berufsfachschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Fachschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulabschluss (auch Abschluss einer Ingenieurschule)	<input type="checkbox"/>
Universitätsabschluss (Bachelor)	<input type="checkbox"/>
Universitätsabschluss (Master, Magister, Diplom, Staatsexamen)	<input type="checkbox"/>
Promotion oder Habilitation	<input type="checkbox"/>
Anderen beruflichen Ausbildungsabschluss, und zwar:	<input type="checkbox"/>

Bitte angeben:

20) Nun haben wir noch einige wenige Fragen zu Ihrer Erwerbstätigkeit und Ihrem Beruf. Was von diesen Angaben trifft auf Sie zu? Bitte beachten Sie, dass unter Erwerbstätigkeit jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden wird.

*Bitte geben Sie alles Zutreffende an. Mehrfachnennungen sind möglich. Rentner*innen oder Personen im Bundesfreiwilligendienst, die zusätzlich eine Erwerbstätigkeit ausüben, geben hier bitte die Erwerbstätigkeit an.*

Vollzeiterwerbstätig	<input type="checkbox"/>
Teilzeiterwerbstätig	<input type="checkbox"/>
Altersteilzeit, unabhängig davon, ob in der Arbeits- oder Freistellungsphase befindlich	<input type="checkbox"/>
In Umschulung	<input type="checkbox"/>
Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung	<input type="checkbox"/>
Nicht erwerbstätig (Arbeitslose, Vorruheständler*innen, Rentner*innen ohne Nebenverdienst)	<input type="checkbox"/>
Nicht erwerbstätig (einschließlich Schüler*innen oder Studierende, die nicht gegen Geld arbeiten)	<input type="checkbox"/>
Geringfügig erwerbstätig, 450-Euro-Job, Minijob	<input type="checkbox"/>
„Ein-Euro-Job“, bei Bezug von Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/>
Gelegentlich oder unregelmäßig erwerbstätig	<input type="checkbox"/>
In einer beruflichen Ausbildung/Lehre	<input type="checkbox"/>
Freiwilliger Wehrdienst	<input type="checkbox"/>
Bundesfreiwilligendienst oder Freiwilliges Soziales Jahr oder Freiwilliges Ökologisches Jahr	<input type="checkbox"/>

Sprachkenntnisse

21) Ist Deutsch Ihre Muttersprache?

Wenn ja, weiter mit Frage 23. Bitte machen Sie nur eine Angabe

Ja

Nein

22) Wenn nein, was ist Ihre Muttersprache?

23) Wie gut sprechen Sie Ihrer Meinung nach Deutsch?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Sehr gut

Gut

Mittelmäßig

Schlecht

Sehr schlecht

24) Welche weiteren Sprachen sprechen Sie?

Religionszugehörigkeit

25) Welcher Konfession oder Glaubensgemeinschaft gehören Sie an oder würden Sie sich zuordnen?

Bitte machen Sie nur eine Angabe

Ich gehöre keiner Religions- oder Glaubensgemeinschaft an	<input type="checkbox"/>
Islamische Religionsgemeinschaft (Sunnitisch)	<input type="checkbox"/>
Islamische Religionsgemeinschaft (Schiitisch)	<input type="checkbox"/>
Islamische Religionsgemeinschaft (Weitere)	<input type="checkbox"/>
Alevitische Religionsgemeinschaft (Alevitisch)	<input type="checkbox"/>
Jüdische Religionsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>
Jesidische Religionsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>
Der evangelischen Kirche (ohne Freikirchen)	<input type="checkbox"/>
Einer evangelischen Freikirche	<input type="checkbox"/>
Der römisch-katholischen Kirche	<input type="checkbox"/>
Der russisch-orthodoxen oder einer anderen orthodoxen Kirche	<input type="checkbox"/>
Andere Religionsgemeinschaft, und zwar: Bitte Religionsgemeinschaft angeben:	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	

26) Tragen Sie gut sichtbare religiöse Symbole?

Wenn Nein, weiter mit Frage 28.

Ja

Nein

27) Um welche Symbole handelt es sich dabei? (Mehrfachnennungen möglich)

- Eine Kippa
- Ein Kopftuch
- Eine Kette mit Symbol
- Ein religiöses Tattoo
- Etwas anderes, und zwar:

Bitte angeben:

28) Welcher Gruppe fühlen Sie sich zugeordnet bzw. wie würden Sie sich selbst bezeichnen? (Mehrfachnennungen möglich)

- BIPoC
- Schwarz(e Person)
- Afro-Deutsch
- Schwarze Deutsche
- Afrikaner*in
- Ich fühle mich keiner Gruppe zugeordnet
- Ich fühle mich einer anderen Gruppe zugeordnet

Bitte angeben:

Gesundheitszustand

29) Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?

- | | |
|---------------|--------------------------|
| Sehr gut | <input type="checkbox"/> |
| Gut | <input type="checkbox"/> |
| Mittelmäßig | <input type="checkbox"/> |
| Schlecht | <input type="checkbox"/> |
| Sehr schlecht | <input type="checkbox"/> |

30) Wie würden Sie Ihren aktuellen körperlichen Gesundheitszustand beschreiben?

- | | |
|---------------|--------------------------|
| Sehr gut | <input type="checkbox"/> |
| Gut | <input type="checkbox"/> |
| Mittelmäßig | <input type="checkbox"/> |
| Schlecht | <input type="checkbox"/> |
| Sehr schlecht | <input type="checkbox"/> |

31) Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Beinahe jeden Tag	An mehr als der Hälfte der Tage	An einzelnen Tagen	Überhaupt nicht
	0	1	2	3
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32) Haben Sie eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem?

Damit Sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme gemeint, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.

Ja

Nein

Ich weiß nicht

33) Sind Sie durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?

Wenn Sie nicht eingeschränkt sind, weiter mit Frage 35.

Würden Sie sagen Sie sind....

Nicht eingeschränkt Leicht eingeschränkt Mäßig eingeschränkt Stark eingeschränkt

34) Wie lange dauern Ihre Einschränkungen bereits an?

Weniger als 6 Monate

6 Monate oder länger

Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

35) Haben Sie eine(n) Hausärzt*in oder Allgemeinmediziner*in, den/die Sie regelmäßig aufsuchen, wenn Sie gesundheitliche Fragen oder Beschwerden haben?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Ja

Nein

36) Haben Sie eine(n) Fachärzt*in den/die Sie regelmäßig aufsuchen, wenn Sie gesundheitliche Fragen oder Beschwerden haben? (z.B. Diabetolog*in, Orthopäd*in, Psychiater*in)

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Ja

Nein

37) Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung, Untersuchung oder Beratung?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

*Bitte beziehen Sie Besuche in der Praxis, Hausbesuche und Beratungen am Telefon mit ein. Ärzt*innenkontakt in Impfzentren o.ä. sind nicht mitgemeint.*

Ja

Nein

38) Waren Sie oder sind Sie bei Psycholog*innen oder Psychotherapeut*innen, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

- | | |
|--|--------------------------|
| Ja, vor weniger als 12 Monaten | <input type="checkbox"/> |
| Ja, vor mehr als 12 Monaten | <input type="checkbox"/> |
| Nein, ich warte immer noch auf einen Termin | <input type="checkbox"/> |
| Nein, ich habe aufgegeben, mich um einen Termin zu bemühen | <input type="checkbox"/> |
| Nein, ich habe keinen Bedarf für eine Beratung oder Behandlung | <input type="checkbox"/> |

39) Welche Krankenversicherung bzw. -versorgung haben Sie?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Unter privater Krankenversicherung ist keine private Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung gemeint.

- | | |
|---|--------------------------|
| Gesetzliche Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> |
| Private Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> |
| Anderer Anspruch auf Krankenversicherung, z. B. freie Heilfürsorge, ausländische Krankenkasse | <input type="checkbox"/> |
| Keine Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> |
| Selbstzahler*in | <input type="checkbox"/> |

Diskriminierungserfahrungen

40) Geben Sie bitte jeweils an, wie häufig oder selten Sie dieses Gefühl in den letzten vier Wochen erlebt haben.

Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe

Wie oft haben Sie sich ...	Sehr oft 1	Oft 2	Manchmal 3	Selten 4	Sehr selten 5
traurig gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ängstlich gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
glücklich gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ärgerlich gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hilflos gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

41) Bitte geben Sie zu jeder öffentlichen Einrichtung oder Personengruppe an, wie sehr Sie persönlich jeder einzelnen davon vertrauen.

Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe. Bildungssystem meint z.B. Schulen oder Universitäten, Gesundheitssystem meint z.B. Ärzt*innen oder Krankenhäuser, Justiz meint z.B. Gerichte oder Anwält*innen.

Wie ist das mit...	Vertraue ich voll und ganz		Teils/teils			Vertraue ich überhaupt nicht	
	1	2	3	4	5	6	7
der Bundesregierung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Politiker*innen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Polizei?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Justiz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Bildungssystem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Gesundheitssystem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42) Wie häufig passieren Ihnen in Ihrem Alltag die folgenden Dinge?

Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe. Mindestens einmal im Monat meint: weniger als einmal die Woche

	Täglich	Mindestens einmal in der Woche	Mindestens einmal im Monat	Mehrmals im Jahr	Seltener	Nie
	1	2	3	4	5	6
Sie erhalten schlechteren Service als andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie werden mit weniger Respekt behandelt als andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemand verhält sich so, als würde die Person Sie nicht ernst nehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jemand verhält sich so, als habe die Person Angst vor Ihnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie werden bedroht/ belästigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie werden beleidigt/ beschimpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sie werden körperlich angegriffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir sind bisher keine dieser Dinge passiert	<input type="checkbox"/>					

43) Wir haben Sie gerade nach Ihren Erfahrungen im täglichen Leben gefragt. Was sind Ihrer Meinung nach die Hauptgründe dafür, dass Sie ungerecht oder schlechter behandelt werden als andere Menschen?

Bitte geben Sie alles Zutreffende an. Denken Sie bitte auch daran, wie Sie vielleicht von anderen wahrgenommen werden.

Aufgrund einer zugeschriebenen Herkunft	<input type="checkbox"/>
Aufgrund meiner Deutschkenntnisse	<input type="checkbox"/>
Aufgrund rassistischer Zuschreibungen (z.B. Hautfarbe)	<input type="checkbox"/>
Aufgrund antisemitischer Zuschreibungen	<input type="checkbox"/>
Aufgrund meiner sexuellen Identität	<input type="checkbox"/>
Aufgrund meines Geschlechts oder Geschlechtsidentität	<input type="checkbox"/>
Aufgrund meiner Religion oder Nichtzugehörigkeit zu einer Weltanschauung oder Religion (z.B. Antisemitismus / Antimuslimisch)	<input type="checkbox"/>
Aufgrund einer Be_hinderung, chronischen Krankheit oder psychischen Erkrankung	<input type="checkbox"/>
Aufgrund meines Körpergewichts	<input type="checkbox"/>
Aufgrund meines Alters	<input type="checkbox"/>
Aufgrund meines geringen Einkommens	<input type="checkbox"/>
Aufgrund von Arbeitslosigkeit	<input type="checkbox"/>
Aufgrund meines Namens	<input type="checkbox"/>
Aufgrund von Fürsorgetätigkeiten?	<input type="checkbox"/>

44) Gibt es noch weitere Gründe, warum Sie ungerechter oder schlechter behandelt werden als andere Menschen?

45) Wie oft wurden Sie in folgenden Situationen ungerechter oder schlechter behandelt als andere Menschen?

Bitte machen Sie in jeder Zeile eine Angabe.

	Sehr oft	Oft	Manchmal	Selten	Nie	Ich war noch nie in dieser Situation
	1	2	3	4	5	6
Bei Kontakt mi der Polizei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Kontakt mit Ämtern oder Behörden (z.B. Einwohnermeldeamt, Ausländerbehörde, Jobcenter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei Kontakt mit Banken (z.B. Kontoeröffnung, Kreditaufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In der Öffentlichkeit (z.B. auf der Straße, in öffentlichen Verkehrsmitteln, beim Einkaufen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Ihrer Freizeit (z.B. in Vereinen, in Restaurants, in Diskotheken/Nachtclubs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Gesundheitsbereich (z.B. bei Kontakt mit ärztlichem Personal, nichtärztlichem Personal wie Sprechstundenhilfe oder im Krankenhaus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergänzung

46) Haben Sie den Eindruck von der Schwarzen Community als Schwarz gelesen bzw. wahrgenommen zu werden?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Ja

Nein

Ich bin mir nicht sicher

47) Haben Sie den Eindruck von der Weißen Mehrheitsgesellschaft als Schwarz gelesen bzw. wahrgenommen zu werden?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Ja

Nein

Ich bin mir nicht sicher

48) Wie haben Sie sich dabei gefühlt in der Fokusgruppe über Erfahrungen mit Rassismus zu sprechen?



Demografische Daten und quantitativer Fragebogen

CARE – Community Action for Racial Equity

Wie ist der Fragebogen auszufüllen?

- Kreuzen Sie bitte die jeweils zutreffenden Antwortmöglichkeiten in den dafür vorgesehenen Kästchen an:
- Wenn Sie Ihre Antwort auf eine Frage ändern möchten, schwärzen Sie das Kästchen mit der ungültigen Antwort und kreuzen das richtige Kästchen an.
z.B. Antwort 1 Antwort 2
- Seien Sie bitte so genau wie möglich. Wenn Sie eine genaue Zahl oder einen genauen Wert nicht nennen können, so schätzen Sie bitte.
- Bitte achten Sie auf entsprechende Hinweise zum Ausfüllen von Fragen:
z.B. „Bitte machen Sie nur eine Angabe“

- Bitte achten Sie auf entsprechende Hinweise zum Überspringen von Fragen.

Allgemein demografische Fragen

49) Welches Geschlecht haben Sie?

Bitte geben Sie alles Zutreffende an.

- Weiblich
- Männlich
- Nicht-binär
- Ich lehne für mich persönlich eine Einordnung in Geschlechtskategorien ab
- Eigene Angabe

Bitte angeben

50) Wie alt sind Sie?

51) Wie lautet Ihre Postleitzahl?

52) Welche Bezeichnung beschreibt Ihre sexuelle Identität am besten?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

- | | |
|---------------|--------------------------|
| Homosexuell | <input type="checkbox"/> |
| Heterosexuell | <input type="checkbox"/> |
| Bisexuell | <input type="checkbox"/> |
| Pansexuell | <input type="checkbox"/> |
| Asexuell | <input type="checkbox"/> |
| Queer | <input type="checkbox"/> |
| Eigene Angabe | <input type="checkbox"/> |

Bitte angeben:

53) Sind Sie selbst in Deutschland geboren?

Wenn ja, dann weiter mit Frage 7. Bitte machen Sie nur eine Angabe.

- | | |
|------|--------------------------|
| Ja | <input type="checkbox"/> |
| Nein | <input type="checkbox"/> |

54) In welchem Land sind Sie geboren?

55) Haben Sie die deutsche Staatsangehörigkeit?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Ja

Nein, sondern

Bitte angeben:

56) In welchem Land sind Ihre Eltern geboren? (Elternteil 1, z.B. Vater oder Mutter)

In Deutschland

In einem anderen Land, und zwar:

Bitte geben Sie das Land/ die Länder an. Bei politischen Veränderungen im Laufe der Jahre, geben Sie bitte die heutige, gegebenenfalls deutsche Bezeichnung an.

57) In welchem Land sind Ihre Eltern geboren? (Elternteil 2, z.B. Vater oder Mutter)

In Deutschland

In einem anderen Land, und zwar:

Bitte geben Sie das Land/ die Länder an. Bei politischen Veränderungen im Laufe der Jahre, geben Sie bitte die heutige, gegebenenfalls deutsche Bezeichnung an.

Soziale Kontakte

58) Leben Sie in einer festen Beziehung mit einer oder mehreren Personen?

Ja

Nein

59) Wie viele Menschen stehen Ihnen so nahe, dass Sie sich auf sie verlassen können, wenn Sie ernste persönliche Probleme haben?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Sechs oder mehr

Drei bis fünf

Ein bis zwei

Keine

60) Tragen Sie für eine oder mehrere Personen Sorge, d.h. versorgen oder pflegen Sie diese? (z.B. Kinder, Eltern)

Wenn nein, dann weiter mit Frage 14. Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Ja

Nein

61) Wie viele sind davon jünger als 14 Jahre?

Finanzielle Ressourcen

62) Wie hoch ist das durchschnittliche monatliche Nettoeinkommen Ihres Haushalts insgesamt? Gemeint ist die Summe, die nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge übrigbleibt

Unter 500€	<input type="checkbox"/>
500€ - 900€	<input type="checkbox"/>
900€ - 1.300€	<input type="checkbox"/>
1.300€ - 1.500€	<input type="checkbox"/>
1.500€ - 2.000€	<input type="checkbox"/>
2.000€ - 2.600€	<input type="checkbox"/>
2.600€ - 3.600€	<input type="checkbox"/>
3.600€ - 5.000€	<input type="checkbox"/>
5.000€ +	<input type="checkbox"/>

63) Wie viele Personen zählen zu Ihrem Haushalt (inklusive Sie selbst)?

64) Bestehen bei Ihnen insgesamt finanzielle Sorgen, die einen Einfluss auf Ihre Gesundheitsversorgung haben? (z.B. Erwerb einer Fahrkarte für Arztbesuche, Hilfsmittel, Einkauf gesunder Lebensmittel)

Bitte machen Sie nur eine Angabe

Ja

Nein

Bildungserfahrung

65) Bitte geben Sie Ihren höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss an

Bitte machen Sie nur eine Angabe

Falls Sie Ihren Abschluss im Ausland gemacht haben, bitte auf Basis der absolvierten Schuljahre ins deutsche System einordnen oder Vergleichbares wählen.

Ich bin noch Schüler*in

Schule beendet ohne Abschluss

Hauptschulabschluss, Volksschulabschluss, Abschluss der polytechnischen Oberschule 8. oder 9. Klasse

Realschulabschluss, Mittlere Reife, Fachschulreife oder Abschluss der polytechnischen Oberschule 10. Klasse

Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.)

Abitur bzw. erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse (Hochschulreife)

Anderen Schulabschluss, und zwar:

Bitte angeben:

66) Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?

Bitte geben Sie alles Zutreffende an. Mehrfachnennungen sind möglich

Ich habe keinen beruflichen Ausbildungsabschluss	<input type="checkbox"/>
Beruflich-betriebliche Anlernzeit mit Abschlusszeugnis, aber keine Lehre	<input type="checkbox"/>
Teilfacharbeiterabschluss	<input type="checkbox"/>
Abgeschlossene gewerbliche oder landwirtschaftliche Lehre	<input type="checkbox"/>
Abgeschlossene kaufmännische Lehre	<input type="checkbox"/>
Berufliches Praktikum, Volontariat	<input type="checkbox"/>
Berufsfachschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Fachschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Meister-, Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss	<input type="checkbox"/>
Fachhochschulabschluss (auch Abschluss einer Ingenieurschule)	<input type="checkbox"/>
Universitätsabschluss (Bachelor)	<input type="checkbox"/>
Universitätsabschluss (Master, Magister, Diplom, Staatsexamen)	<input type="checkbox"/>
Promotion oder Habilitation	<input type="checkbox"/>
Anderen beruflichen Ausbildungsabschluss, und zwar:	<input type="checkbox"/>

Bitte angeben:

67) Nun haben wir noch einige wenige Fragen zu Ihrer Erwerbstätigkeit und Ihrem Beruf. Was von diesen Angaben trifft auf Sie zu? Bitte beachten Sie, dass unter Erwerbstätigkeit jede bezahlte bzw. mit einem Einkommen verbundene Tätigkeit verstanden wird.

*Bitte geben Sie alles Zutreffende an. Mehrfachnennungen sind möglich. Rentner*innen oder Personen im Bundesfreiwilligendienst, die zusätzlich eine Erwerbstätigkeit ausüben, geben hier bitte die Erwerbstätigkeit an.*

Vollzeiterwerbstätig	<input type="checkbox"/>
Teilzeiterwerbstätig	<input type="checkbox"/>
Altersteilzeit, unabhängig davon, ob in der Arbeits- oder Freistellungsphase befindlich	<input type="checkbox"/>
In Umschulung	<input type="checkbox"/>
Mutterschafts-, Erziehungsurlaub, Elternzeit oder sonstige Beurlaubung	<input type="checkbox"/>
Nicht erwerbstätig (Arbeitslose, Vorruheständler*innen, Rentner*innen ohne Nebenverdienst)	<input type="checkbox"/>
Nicht erwerbstätig (einschließlich Schüler*innen oder Studierende, die nicht gegen Geld arbeiten)	<input type="checkbox"/>
Geringfügig erwerbstätig, 450-Euro-Job, Minijob	<input type="checkbox"/>
„Ein-Euro-Job“, bei Bezug von Arbeitslosengeld II	<input type="checkbox"/>
Gelegentlich oder unregelmäßig erwerbstätig	<input type="checkbox"/>
In einer beruflichen Ausbildung/Lehre	<input type="checkbox"/>
Freiwilliger Wehrdienst	<input type="checkbox"/>
Bundesfreiwilligendienst oder Freiwilliges Soziales Jahr oder Freiwilliges Ökologisches Jahr	<input type="checkbox"/>

Sprachkenntnisse

68) Ist Deutsch Ihre Muttersprache?

Wenn ja, weiter mit Frage 22. Bitte machen Sie nur eine Angabe

Ja

Nein

69) Wenn nein, was ist Ihre Muttersprache?

70) Wie gut sprechen Sie Ihrer Meinung nach Deutsch?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Sehr gut

Gut

Mittelmäßig

Schlecht

Sehr schlecht

71) Welche weiteren Sprachen sprechen Sie?

Religionszugehörigkeit

72) Welcher Konfession oder Glaubensgemeinschaft gehören Sie an oder würden Sie sich zuordnen?

Bitte machen Sie nur eine Angabe

Ich gehöre keiner Religions- oder Glaubensgemeinschaft an	<input type="checkbox"/>
Islamische Religionsgemeinschaft (Sunnitisch)	<input type="checkbox"/>
Islamische Religionsgemeinschaft (Schiitisch)	<input type="checkbox"/>
Islamische Religionsgemeinschaft (Weitere)	<input type="checkbox"/>
Alevitische Religionsgemeinschaft (Alevitisch)	<input type="checkbox"/>
Jüdische Religionsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>
Jesidische Religionsgemeinschaft	<input type="checkbox"/>
Der evangelischen Kirche (ohne Freikirchen)	<input type="checkbox"/>
Einer evangelischen Freikirche	<input type="checkbox"/>
Der römisch-katholischen Kirche	<input type="checkbox"/>
Der russisch-orthodoxen oder einer anderen orthodoxen Kirche	<input type="checkbox"/>
Andere Religionsgemeinschaft, und zwar: <i>Bitte Religionsgemeinschaft angeben:</i>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	

73) Tragen Sie gut sichtbare religiöse Symbole?

Wenn Nein, weiter mit Frage 27.

Ja

Nein

74) Um welche Symbole handelt es sich dabei? (Mehrfachnennungen möglich)

Eine Kippa

Ein Kopftuch

Eine Kette mit Symbol

Ein religiöses Tattoo

Etwas anderes, und zwar:

Bitte angeben:

Gesundheitszustand

75) Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?

- | | |
|---------------|--------------------------|
| Sehr gut | <input type="checkbox"/> |
| Gut | <input type="checkbox"/> |
| Mittelmäßig | <input type="checkbox"/> |
| Schlecht | <input type="checkbox"/> |
| Sehr schlecht | <input type="checkbox"/> |

76) Wie würden Sie Ihren aktuellen körperlichen Gesundheitszustand beschreiben?

- | | |
|---------------|--------------------------|
| Sehr gut | <input type="checkbox"/> |
| Gut | <input type="checkbox"/> |
| Mittelmäßig | <input type="checkbox"/> |
| Schlecht | <input type="checkbox"/> |
| Sehr schlecht | <input type="checkbox"/> |

77) Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Beinahe jeden Tag	An mehr als der Hälfte der Tage	An einzelnen Tagen	Überhaupt nicht
	0	1	2	3
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

78) Haben Sie eine chronische Krankheit oder ein lang andauerndes gesundheitliches Problem?

Damit Sind Krankheiten oder gesundheitliche Probleme gemeint, die mindestens 6 Monate andauern oder voraussichtlich andauern werden.

Ja

Nein

Ich weiß nicht

79) Sind Sie durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt?

Wenn Sie nicht eingeschränkt sind, weiter mit Frage 33.

Würden Sie sagen Sie sind....

Nicht eingeschränkt	Leicht eingeschränkt	Mäßig eingeschränkt	Stark eingeschränkt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

80) Wie lange dauern Ihre Einschränkungen bereits an?

Weniger als 6 Monate

6 Monate oder länger

Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

81) Haben Sie eine(n) Hausärzt*in oder Allgemeinmediziner*in, den/die Sie regelmäßig aufsuchen, wenn Sie gesundheitliche Fragen oder Beschwerden haben?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Ja

Nein

82) Haben Sie eine(n) Fachärzt*in den/die Sie regelmäßig aufsuchen, wenn Sie gesundheitliche Fragen oder Beschwerden haben? (z.B. Diabetolog*in, Orthopäd*in, Psychiater*in)

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Ja

Nein

83) Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung, Untersuchung oder Beratung?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

*Bitte beziehen Sie Besuche in der Praxis, Hausbesuche und Beratungen am Telefon mit ein. Ärzt*innenkontakt in Impfzentren o.ä. sind nicht mitgemeint.*

Ja

Nein

84) Waren Sie oder sind Sie bei Psycholog*innen oder Psychotherapeut*innen, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

- | | |
|--|--------------------------|
| Ja, vor weniger als 12 Monaten | <input type="checkbox"/> |
| Ja, vor mehr als 12 Monaten | <input type="checkbox"/> |
| Nein, ich warte immer noch auf einen Termin | <input type="checkbox"/> |
| Nein, ich habe aufgegeben, mich um einen Termin zu bemühen | <input type="checkbox"/> |
| Nein, ich habe keinen Bedarf für eine Beratung oder Behandlung | <input type="checkbox"/> |

85) Welche Krankenversicherung bzw. -versorgung haben Sie?

Bitte machen Sie nur eine Angabe.

Unter privater Krankenversicherung ist keine private Zusatzversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung gemeint.

- | | |
|--|--------------------------|
| Gesetzliche Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> |
| Private Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> |
| Anderer Anspruch auf Krankenversicherung, z.B. freie Heilfürsorge, ausländische Krankenkasse | <input type="checkbox"/> |
| Keine Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> |
| Selbstzahler*in | <input type="checkbox"/> |

Ergänzung

86) Wie haben Sie sich dabei gefühlt in der Fokusgruppe über Erfahrungen mit Rassismus zu sprechen?



Anhang zum Projektbericht

Tabellarische Ergebnisse – Rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen in Hamburg

Auftragnehmer:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
in Kooperation mit der
Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg (HAW Hamburg)

Projekt CARE – Community Action for Racial Equity **Auftragnehmerin:**

Freie und Hansestadt Hamburg
Behörde für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Familie und Integration
(Sozialbehörde)

Projektleitung:

PD Dr. Adekunle Adedeji
Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52, 20246 Hamburg
E-Mail: a.adedeji@uke.de

Kategorien mit Ankerbeispielen

Thema: Erleben und Folgen rassistischer Diskriminierung sowie die gesundheitliche Lage Schwarzer Menschen in Hamburg unter Berücksichtigung spezifischer Benachteiligungen und Vulnerabilitäten

Kategorie	Definition	Induktive Subkategorien	Ankerbeispiele	Textstellen	Kodierregeln
Wahrnehmung von Rassismus im Gesundheitswesen Subkategorien:	Individuelle Einschätzungen und Beobachtungen von rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen			Gesamt: 257	
<ul style="list-style-type: none"> Persönliche Erfahrungen mit rassistischer Diskriminierung 	Eigene Erlebnisse mit rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen	-	<p>"Du fühlst dich wie ein exotisches Tier." (FG13_T13_2, Pos. 117)</p> <p>"I often feel as a number and not as a person. For example I said that I often are called by my middle name. Like what do you mean you don't even try to call me by my name and this is the bare minimum. I am this name. I am the person behind this name and you don't even try like what the fuck? (lachen)" (FG06_T6_2, Pos. 123)</p> <p>"Und auch sobald man dann anfängt, seine Wahrheit auszusprechen, dass man dann sofort als sensibel gilt, psychisch irgendwie nicht stabil, wobei man sich so denkt, ihr wisst doch gar nicht, was man hier tagtäglich... Also wie stark man eigentlich sein muss und dass es dann so wieder versucht wird, einem das Gefühl zu geben, mit einem selber stimmt was nicht. Und sobald man dann jemanden darauf aufmerksam macht, dann auch wieder diese heftige Reaktion kommt von, ich bin jetzt verletzt, das war doch gar nicht meine Absicht. Und auch dieser Satz, ich bin nicht rassistisch, finde, das ist auch immer wieder wie so eine Ohrfeige." (FG02_T2_1: Z. Pos. 26)</p>	Gesamt: 147 18	Kodiert werden alle Textstellen, in denen von persönlich erlebter rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen berichtet/verzählt wird. Die Wahrnehmung bzw. die Schilderung der Erlebnisse kann explizit oder implizit erfolgen.
		Besonderheiten Geburt/		3	

		<p>Schwangerschaft/Eiternschaft</p>	<p>actually told my husband that "in Africa, they don't use pain medication. So what's the big deal at this moment?" [...] it traumatised me the second time I was going to have the baby, you know, because I just was very scared that I hope I don't get this kind of unhelpful person. (FG01_T1_2: Z. Pos.14)</p> <p>"And now that I've had the second child, I can compare what that is with this one. Because I had, this second time, I had a black midwife, a young lady. She's not, let me say she's mixed. And she was super helpful. You know, it was just different from my experience the first time. And she was just treating me like, you know, like I was, I was just like a rare diamond that has to be really taken care of. I had a wonderful experience. I can say the pain I had this time around was more than the first one. But the experience, she made it a lot better. And if I'd had just one child, I can imagine if I decided to just stick to having one child, the trauma would have kept going on" (FG01_T1_2: Z. Pos.14)</p>	
	<p>Sprachbarrieren</p>	<p>"The more I learn German, the more I feel people understand me and people are willing to help me. So I noticed, like before if I went to a hospital, it's like, When my German was not so good, it was like, I was being rushed. Like, „oh yeah, yeah, yeah“ you know. Just let's quickly move on. Nobody took the time to explain the things to me. It was like more effort on their part to explain the things to me. Now that my German is a bit better, I can ask questions. I can be like, okay, no, I need this term, not at this date. [...] When people can't speak the language, it's hard. And I don't think that is taken care of." (FG09_T9_3, Pos. 21)</p> <p>"Even like when you can't express yourself and you are sick. I think you are doubly sick. Because you can't even communicate what you want and you know you are ill. You're just there, you take what they give you. Sometimes it can be wrong. I know, I've heard of people who go to hospital and it's not the symptoms. They put things into your head like, I think it should be like this. And then they accept, okay, yes, yes, yes, because they can't explain further. Yeah, they just accept it." (FG09_T9_3, Pos. 21)</p>	<p>3</p>	
	<p>Verbale und soziale Abwertungen</p>	<p>„Ich hatte selber einen Vorfall, das war in der Corona-Zeit. Da war es damals in dem Krankenhaus so, dass die Securities hatten, um aufzupassen, wer reinkommt und wer rausgeht. Und ich bin da vorbeigelaufen, da saßen zwei Männer, also riesig, breit. Ich bin da vorbeigelaufen, ich hatte, ja da kommt das N-Wort, hatten die gesagt. Und ich hatte dann gedacht, habe ich das richtig gehört? Und der ist auch mir hinterher gegangen. Ich war auch in der Kleidung, also ich hatte Dienstkleidung an. Und ich weiß nicht, warum mir das noch nie passiert ist, als ob ich so einen</p>	<p>7</p>	

		<p>Blackout hatte. Und das Gefühl hatte, als ob der bewaffnet wäre. Also ich muss ehrlich sagen, rückblickend wüsste ich gar nicht, ob er es war. Aber es war für mich so, ich hatte einen Blackout, ich hatte mir das Gesicht nicht gemerkt. Und ich merke mir sehr gut Gesichter eigentlich. Und ich habe das verdrängt, im Sinne von, habe nicht darüber geredet." (FG02_T2_3, Pos. 14)</p> <p>"Ich habe auf der akuten Psychiatristation gearbeitet. Und ich war im abgeschlossenen Raum gewesen. Man konnte aber die Patienten außen sehen. Und ich habe am Anfang des Dienstes als Übergabe war schon gehört dass es einen Neo-Nazi da auf der Station gab. Hm, ok, ich glaube ich versuche für eine Weile rauszugehen. Und dann ist er mehrmals tatsächlich vorbei gelaufen und hat mich so angeguckt. Und ich dachte so ok, einfach nicht hingucken, nicht in die Augen gucken, und dann als die Toilettentür, für die Patienten ist in der Nähe dieses raumes mit den Fenstern, und er hat die Tür nicht aufbekommen und dann ist er richtig wütend geworden, weil jemand drin war. Und dann hat er sich einen Sündenbock rausgesucht, natürlich mich, und dann hat er angefangen gegen die Fenster zu schlagen, mich Bimbo genannt, mich das N-Wort genannt und dann kamen die Pfleger auch raus und meinten was soll das und haben ihn dann weg gezogen von der Wand, von den Fenstern. Und dann haben sie mir gesagt, ja, denken sie sich nichts dabei, er ist spinnt sowieso. Aber ich war mega traurig, ich war kurz vorm Weinen, es war mega erschreckend für mich gewesen." (FG03_T3_3, Pos. 136)</p>	
	<p>„Alltagsrassismus“/ Mikroaggressionen</p>	<p>"I myself felt a lot of microaggression because of my language [...] I went to work in this hospital as a student and the level of microaggression was unbelievable and, yeah, that was more because of language." (FG18_T18_1, Pos. 14)</p> <p>"I think the language that contributes a lot to microaggression, when you say something and then another person is not able to understand you and they are like, boom." (FG18_T18_1, Pos. 16)</p>	<p>15</p>
	<p>Ausgefragt werden</p>	<p>"Andere Patienten oder was auch immer, die sagen es direkt. Ach, ihr Name klingt aber nicht. Wo kommen Sie denn ursprünglich her? Und dürfen Sie das? Haben Sie wirklich das Examen? Haben Sie die dreijährige Ausbildung? Dürfen Sie das machen? Also so oder die denken, man kommt zum Putzen hin oder man wird so erniedrigt." (FG02_T2_2: Z. Pos. 10)</p> <p>"This wasn't me, per se, but my sister, also in Germany. She had a surgery, and there was a nurse aftercare. He was supposed to first put her on the drip thing, and</p>	<p>10</p>

		<p>then give her an injection. I was there, so I saw it. He was very rough with her. He injected her, and she started bleeding. Even the thing connected to her, he was pulling her hand by the ... It was very painful, and her hand started bleeding. Then he started asking me questions, and asked how did we come to Germany. At first I was confused line 'We traveled?' (laughing) Then he said, 'how did we come?' 'We entered an airplane in Kenya. I don't understand.' Then he said, 'no did you come from Ghana?' He said, 'did you come through Burkina Faso and Libya? I'm like, 'no. We took Turkish Airlines, so if anything we passed through Istanbul.' I was very [confused]. I didn't know it was racism at first. Then he said, 'oh kind refugee?' Thus when I realized that all of this was because he thought we were refugees. He just assumed that two black girls are refugees, and was treating her badly, and me badly by extension." (FG06, T6_1, Pos. 10)</p>	
<p>Nicht ernst genommen werden</p>	<p>„he didn't want to listen to what I had to say from the moment he saw me till he left." (FG01_ T1_2, Pos.16)</p> <p>"mein Bruder, der hatte innerhalb eines Jahres dreimal sich den Fuß gerochen, den gleichen und das hat auch niemand richtig ernst genommen und kein Arzt hat sich das mal richtig angeguckt, bis dann auch rauskam, dass er einen Vitamin D Mangel hat, einfach sehr sehr stark und es wäre so leicht gewesen, das auch zu verhindern, aber es musste erst irgendwie dreimal passieren, bis da irgendwie richtig sich jemand das mal angeguckt hat. (FG02_ T2_4, Pos. 36)</p> <p>"Da habe ich einige Notfallsituationen gehabt, auch nachts, dass man dann einfach nicht ernst genommen wird und dann den Arzt nicht einmal anrufen muss, nicht zweimal, nicht dreimal, sondern mehrmals. Und dann passieren Notfallsituationen und man kriegt dann trotzdem diese Schuld." (FG02_ T2_1, Pos. 42)</p> <p>"Ich würde es jetzt einfach mal so nennen, dass ich auch die Erfahrung gemacht habe, dass Ärztinnen und Ärzte mich besonders bemühen wollen, weil sie ja wissen, wie schlecht es mir geht. Und egal, was ich dann sage, es wird ignoriert. Also, ich werde dann auch nicht mehr ernst genommen, weil sie ja schon wissen, wie schlimm es hier in Deutschland für Schwarze Menschen ist. (FG06_ T6_2, Pos. 25)</p>	<p>24</p>	
<p>Wo passiert Rassismus</p>	<p>„Und ich merke das auch, wenn wir raus vom Arbeitsumgebung ein bisschen Sozialtreffen haben. Die Leute konnten nicht dafür, auch wenn etwas passiert, ganz kurz, Sekunde zu sagen. Ich habe ein Treffen mit meiner ganzen Abteilung gehabt, in einer Kneipe. Und es war Halloween Tag oder so. Und dann kam diese Person</p>	<p>1</p>	

		mit geistiger Ankleidung und hat gesagt zu mir, „ich helfe dir. Ich bringe alles gut für dich. Du kommst vom Hole und jetzt bist du in Reichum. Du bist jetzt Privileg, bei uns zu sein. Ich helfe dir.“ Ich war sprachlos.“ (FG04, T4_1, Pos. 84)		
	Stereotypisierung/Kulturalisierung	<p>„Sometimes also I think because some of them just have this perception that we are not smart. [...] They feel because I am from Africa, I shouldn't be able to have that kind of knowledge or know what I am doing.“ (FG01; T1_2, Pos. 18)</p> <p>“that often I had situations [...], where the doctors thought that I don't feel pain the way that white people do. So, they were very rough with me, because they thought, okay, she will do that. She looks more... I had more on my hips. I was very curvy. So, maybe they thought, okay, I'm strong. I can handle this“ (FG06, T6_2, Pos. 17)</p> <p>“Aber oft ist es ja irgendwie subtil und so ein bisschen durch die Blume. Ich finde das immer schwierig, richtig zu reagieren. Irgendwie finde ich das voll schwer.“ (FG08, T8_1, Z. 459ff.)</p> <p>“Ich habe auch gleich zu Anfang meiner Ausbildung, bin ich auf eine Station gekommen, wo ich auch von Anfang an gemobbt wurde und das halt so schlimm war, dass ich dann teilweise in der Küche alleine geführstück habe. Und es ist halt manchmal indirekt und manchmal direkt, also direkte Äußerungen. Viele machen es auch verdeckt und dann ist es halt schwer, das irgendwie zu beweisen, aber man spürt es, weil man sieht den Vergleich“ (FG02_T2: Z. Pos. 10)</p>	19	
	Indirekte rassistische Diskriminierung	<p>„hinzu kommt auch nochmal mit diesem sich beweisen müssen. Also ganz am Anfang, wo die Unsicherheit ja groß ist, war dieses, okay, ich muss mich jetzt extra anstrengen. Ich muss jetzt nämlich mich richtig extra behaupten, damit man mir abnimmt, dass ich hier wirklich nur helfen möchte“. (FG02, T2_1, Pos. 26)</p> <p>„Einmal, da war eine Ärztin, sie war ziemlich neu. Und sie war, wie die Deutschen sagen, merkwürdig. Sie war rassistisch. [...] Sie ist nicht gefragt, ich stand da, ich habe irgendwas gemacht. Ich fühle Hände in meine Haare. [...] Ach, das sieht genau wie die Haare von meiner Stieftochter. Sie ist auch halb schwarz. Ist das normal? Ist das okay, wenn ich dich einfach so anfasse? Macht ihr das? Ist das die deutsche Kultur?“ (FG13_T13_2, Pos. 113, 115)</p>	14	
	Doppelte Anstrengung	<p>„ich hatte auch die Erfahrung, dass einige Patienten, die mich dann das erste Mal zum Beispiel in der Praxis dann gesehen haben, halt natürlich geguckt haben oder auch mal gefragt haben, ja, darf ich ihre Haare anfassen oder sie haben so schöne</p>	7	
	(Körperliche) Übergriffe		3	
	Exotisierung		5	

		<p>vermeintlich positive Zuschreibungen (Erklärung: Vermeintlich positive Zuschreibungen, die dennoch diskriminierend wirken, z.T. positiver Rassismus genannt)</p>	<p>Haut. Klar, in erster Hinsicht sieht man das vielleicht nicht so als Rassismus oder so eine kleine Anfeindung. Ähm, und denkt man sich, okay, das ist nicht so schlimm. Aber dann im Nachhinein, wenn das alles sozusagen passiert ist, denkt man sich so ähm, ja, das hätte eigentlich nicht sein müssen, weil man fühlt sich halt ein bisschen als Außenstehender. Ja, sozusagen als Tier in einem Zirkus" (FG16_T16_1, Pos. 10)</p> <p>"Und das ist so das, was mir immer sehr präsent aus der Ausbildung noch geblieben ist. Und was dann auch oft im Alltag, gerade mit Patientinnen oder auch tatsächlich den Chefärzten auch irgendwann mal kam, ist, dass dann diese klassische Aussage ja immer kam von wegen sie sprechen ja ganz gut Deutsch. Und man sich so denkt, ja klar, aber...[...] Also das war echt, das war wirklich eine Frage oder ein Satz, den ich jede Woche, also ungelogen jede Woche im Alltag irgendwie gehört habe. (FG10_T10_1, Pos. 9)</p> <p>„Auch noch vielleicht dieser positive Rassismus, also Sachen wie, Sie sprechen aber gut Deutsch, ist auch ganz klassisch oder ganz typisch.“ (FG02_T2_4, Pos. 28)</p> <p>„Einmal, da war eine Ärztin, sie war ziemlich neu. Und sie war, wie die Deutschen sagen, merkwürdig. Sie war rassistisch. Aber keiner sagt sowas. Sie war merkwürdig, ein bisschen speziell. Die alte Frau, die sich einfach nicht verändern kann. Sie hat immer so Alltagsrassismus an mir mitgebracht. „Wieso bist du einfach hier alleine gekommen? Oh, heftig. Ihr seid wirklich stark. Das hätte ich nicht geschafft. Einfach so in einen anderen Kontinent alleine zu gehen.“ Klingt eigentlich gut, oder? Nicht so schlimm, es ist ja ein Kompliment. Nein, es ist nicht. (lachen) Aber für die Deutschen Ohren, sie bewundert dich einfach.“ (FG13_T13_2, Pos. 113)</p>	<p>12</p>	
	<p>Ablehnung/Widerstand</p>		<p>„Dann habe ich selber eine Studie zur Diversität durchgeführt. Es gab unterschiedliche Reaktionen dazu, positive Reaktionen und aber auch negative Reaktionen dazu. Und zwar, ja, in der Studie ging es um, wie vielfältig ist die Ärzteschaft, ne. Und dann gab es tatsächlich, habe ich auch E-Mails von Ärzten und Ärzte erhalten, ein paar nicht, zum Glück nicht so viele. In denen gesagt wurde, ja, was möchten Sie mit dieser Studie? Natürlich in der Diskussion ging es um die, um den Bedarf, mehr Diversität in der Versorgung zu haben. Damit die Patientinnen und Patienten, also diese Idee von Repräsentanz, ne. Das ist sehr wichtig, denn die Patientinnen und Patienten könnten vielleicht mehrere Optionen haben, zum Beispiel, wenn man einen Psychotherapeut, einen Psychotherapeut braucht, dann sucht man diese Repräsentanz, ne. Und da in dieser E-Mails gab es einfach viel</p>	<p>5</p>	

<ul style="list-style-type: none"> • Beobachtungen von rassistischer Diskriminierung 			<p>Hass, viele negative Einstellungen. Ich war ziemlich schockiert, ja, das ist so, dass sie sich die Zeit genommen haben, also sie sich Mühe gegeben haben, einfach mir einen negativen Feedback zu geben über so ein gesellschaftsrelevantes Thema.“ (FG07, T7_1, Pos. 4)</p> <p>„Und dass ist ja so ein Konkurrenzverhalten.// Und gerade wenn das so Pflegehelfer sind oder so, man ist neu und dann wollen die so sich wie über dich stellen, weil die ja schon länger dabei sind und dann denken die, die haben mehr den Durchblick und so nach dem Motto, wer bist du, aber man hat allein schon vom Titel oder von der Erfahrung einfach mehr, man darf ja auch mehr, man hat mehr Verantwortung, das ist einfach so.“ (FG02, T2_2, Pos. 56)</p>	<p>1</p>	
	<p>Individuelle Beobachtungen und Einschätzungen von rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen</p>	<p>Aufdrücken einer Rolle der Benachteiligung</p>	<p>„Und es findet definitiv ein Rassismus oder eine Diskriminierung von Menschen statt, die dann augenscheinlich, auch wenn sie dann Dinge nicht verstehen, aus welchen Gründen auch immer, die dann degradiert werden oder die belächelt werden oder in den Übergaben negativ bewertet werden. Und das ist relativ häufig. Und der Anspruch von Pflege ist ja, oder das, was wir alle lernen, ist, in neutrale Übergaben zu machen, sachlich zu bleiben, nicht zu werten. (lachen) Und das bringen wir auch immer mantraartig, zumindest bei Fortbildung oder Unterrichten, man kriegt das nicht raus. Das hat einen hohen Anteil. Ja, definitiv. “Ah. Die [haben] das schon wieder überhaupt nicht kapiert. Ich habe das jetzt schon zehnmal erklärt und die klappten es einfach nicht, was mit ihrem Kind.“ Ja, dann erkläre es das zwölfte Mal und erklärst anders und so. Aber diese Form, wie das auch wird, kriegt man irgendwie, ist stark vertreten. Leider.“ (FG11_T11_4, Pos. 59)</p> <p>„Und den zweiten Punkt, [...], dass ich auch den Eindruck habe, dass mehr Kriminalität hinterfragt wird. Also gibt es eine juristische Anamnese, die man vielleicht auf unserer Station bei weißen Patientinnen gar nicht so auf dem Schirm hätte. Das ist mir noch aufgefallen, dass das häufig nachgefragt wird oder häufiger erfragt wird.“ (FG11_T11_2, Pos. 6)</p>	<p>Gesamt: 107</p> <p>19</p>	<p>Kodiert werden alle Textstellen, in denen von beobachteter – aber nicht selbst erlebter – rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen berichtet/erzählt wird, unabhängig davon, ob die erzählende Person insgesamt auch selbst rassistische Diskriminierung erlebt oder nicht. Die Beobachtung kann explizit oder implizit geäußert werden.</p>
		<p>Fehlendes Vertrauen</p>	<p>„Also wir haben so ein System, dass wenn die Kinder aufgenommen werden, gehen die gleich in die Zentrale, unterschreiben den Vertrag. Das ist normalerweise so, dass sie da rumgehen und dann auf die Stationen kommen. Wenn das da sehr voll ist, dann werden die schon mal eher auf Stationen geschickt und dann später wieder runter gebeten, um das zu unterschreiben. Bei Schwarzen Müttern laufen die hinterher und kommen zu uns auf Station, wollen das sofort unterschrieben haben, weil so ein bisschen die Sorge existiert, dass sie nicht versichert sind, dass sie nicht bezahlen können, dass wir leer ausgehen, in Anführungsstrichen. Und da wird nicht</p>	<p>3</p>	

			<p>geguckt, also so bei, ich sag mal, weißen Patienten sagt man, komm mach das morgen oder übermorgen. Das Kind ist ja noch da. Aber da wird sehr viel Wert drauf gelegt und es wird einfach auch kommuniziert, dass es ja sein könnte, dass sie nicht versichert sind. Was ja per se erstmal egal ist, wenn das Kind krank ist.“ (FG11, T11_1, Pos. 17)</p> <p>„Meine Stiefmutter beispielsweise, sie spricht nicht gut Deutsch. Was heißt nicht gut? Sie hat B1 jetzt gerade gemacht, aber das ist gerade für das Gesundheitssystem noch nicht richtig ausreichend, weil du da viele Fachwörter brauchst. Und das bedeutet immer, wenn ich mit ihr irgendwo hingeh, dann sprechen die Ärzte oder Ärztinnen auch lieber mit mir, weil es einfacher ist. Aber die Behandlung passiert ja an ihrem Körper. Aber sie wird weniger häufig gefragt, wie sie sich dabei fühlt oder irgendwie so. Weil es denen vielleicht unangenehm“ (FG06, T6_2, Pos. 13) ist.“</p> <p>„dass oft alleine nur wegen der Sprache und weil Menschen zu wenig Zeit haben oder keine Lust haben, irgendwie anders zu kommunizieren, dass schon viele Fehler nur deswegen passieren. Ja, ich glaube, es sollte überall Dolmetscher geben oder halt zumindest irgendwelche technischen Möglichkeiten für solche Situationen. Wenn die Sprache das Problem ist.“ (FG06, T6_2, Pos. 13)</p> <p>„Und auch während andere Auszubildende zum Beispiel anwesend waren, ähm, das war nicht mit der, mit der ich die Ausbildung zusammen gemacht habe, das war, wo ich dann ausgelernt war, dass dann eine Kollegin, äh, ja, das N-Wort benutzt, während, also über jemand anderes, aber das spielt ja gar keine Rolle und während da dann eine schwarze Auszubildende daneben sitzt irgendwie, ne, wo ich auch denke, also, dass man das überhaupt schon benutzt, ist die eine Sache und dann aber auch noch so schamlos vor einer schwarzen Person, ne. (FG20_T20_3, Pos. 10)</p> <p>„was ich sehr schade fand, oft, dass diese Form von, wie hast du das genannt, Mikrorassismus? Ich benutze das nicht, aber ich glaube, ich weiß, was du meinst. Aber dass diese Formen nicht so erkannt werden und auch nicht, dass sich damit dann nicht beschäftigt wird. Also wenn man das Feedback bekommt, „benutzt doch bitte das Wort Schokobaby nicht mehr. Also bitte.“ Oder sagen bitte, so dann wird man oft noch so, „mein Gott, stell dich doch nicht so an, das ist doch nur nett gemeint.“ Aber es wird dann nicht nochmal, ja, sich damit beschäftigt und das nächste Mal, also das reflektiert. Und das hat mir also zu wenig stattgefunden bei einigen Kollegen.“ (FG11, T11_4, Pos. 31)</p>	<p>11</p> <p>13</p> <p>1</p>	
<p>Sprachbarrieren</p>	<p>Verbale und soziale Abwertung</p>	<p>„Alltagsrassismus“/ Mikroaggressionen</p>			

		<p>Nicht ernst genommen werden</p>	<p>11</p> <p>„Das war, ein Patient auf meiner Station. Ich habe in der Neurologie gearbeitet, und jetzt nicht mehr, aber bis vor kurzem noch. Und der konnte nicht laufen wegen einer neurologischen Problematik. Und da hieß es dann von ganz vielen Kollegen, ja, der soll sich nicht so anstellen, das geht schon irgendwie. Und jetzt hat er ins Bett gepinkelt, was fällt ihm ein, und was weiß ich, wo eigentlich offensichtlich war, also man kann es ja versuchen mit ihm aufzustehen, er konnte nicht laufen. Und das habe ich so bei anderen Patienten nicht erlebt. Also, dass da so vehement irgendwie, es immer wieder, hier ist ja was, was soll das, was ist los mit dem, der ist ja verrückt und keine Ahnung was. Ein bisschen, was Sie auch schon angedeutet haben, also dass das einfach nicht ernst genommen wird.“ (FG20_T20_3, Pos. 8)</p> <p>„Und da ist mir vor allem ein Fall im Kopf geblieben, wo ein schwarzer Mann, auch mit Dreadlocks, sehr, sehr aufgelöst in Begleitung vom Rettungswagenpersonal in die Notaufnahme kam. Und der war wirklich sehr, sehr aufgelöst. Er hatte eigentlich Schmerzen, das wussten wir zu dem Zeitpunkt noch gar nicht. Wir hatten noch gar keine Übergabe bekommen. Und ich hatte direkt eine pflegerische Kollegin und ich haben ihn angenommen und haben die Übergabe erfahren. Und es war irgendwie unklar, ob er eine Rheumaerkrankung hat oder sowas. Aber dann wussten wir, er hat Schmerzen. Und meine Kollegin hat aber auch ihm direkt unterstellt, dass er enthemmt sei wegen vermutlich irgendwelchen Substanzen. Und meinte dann auch, „wir packen ihn in den sogenannten Park“, also in den direkten Sichtbereich um unser Dienstzimmer herum, anstatt ihn in eine Kabine zu packen, wo man halt auch eine privatere Behandlung durchführen kann, also mehr Privatsphäre hat und auch eine bessere Monitorüberwachung hat. Und sie meinte, „ja pack ihn mal dahin, der hat bestimmt getrunken“, so nach dem Motto. Und dann ist er dazu erst gelandet, Turns Out am Ende. Der hatte eine Sichelzellenanämie und dadurch irgendwelche Mikrotrompen, die halt einfach extrem weh getan haben. Und das Gute war, dass dann eine Ärztin das ziemlich schnell durchblickt hatte und meinte, „ja da muss jetzt auch auf jeden Fall Monitor überwacht werden und in ein Zimmer kommen“, dass wir ihn dann da halt vom Park wegnehmen konnten“ (FG11_T11_3)</p>
	<p>Stereotypisierung/Kulturalisierung</p>	<p>11</p> <p>„Der Arzt hat gesagt, „die schwarzen Menschen, ja, die übertreiben einfach so. Diese Afrikaner.“ [...] Ich war schockiert, weil das war der Chefarzt (FG13_T13_2, Pos. 108,110)</p> <p>„also ich krieg einfach mit, dass die Versorgung da nicht, nicht optimal ist und dass die Haltung von vielen Menschen im Gesundheitswesen da sehr ablehnend ist [...] Also, Menschen aus anderen Kulturen haben manchmal andere Art und Weisen,</p>	

			<p>den Schmerz auszudrücken. Und das wird häufig sehr negativ bewertet. Das krieg ich so mit. (FG04_T4_2, Pos. 5)</p> <p>"ich persönlich habe nur was erlebt, ich hatte mal einen Patienten in Behandlung, dessen Vater kam aus Ägypten, seine Mutter aus Deutschland, also er war halb Ägypter und ein Supervisor und der hatte so die Tendenz, ganz viel auf dessen ethnische Herkunft zu schieben. Er hat gesagt, so ist das mit deren Kultur und der ist doch auch halb Ägypter, dann ist das so. Wo ich es manchmal schwierig finde, auch mit dem Supervisor dann ins Gespräch zu gehen und zu sagen, „Moment mal, welche Annahmen stehen hier eigentlich im Raum über bestimmte Menschengruppen, ich würde das jetzt nicht so unterstützen, dass das so ist.“ (FG17_T17_1, Pos. 11)</p>	
	<p>Indirekte rassistische Diskriminierung</p>	<p>"Was mir auch aufgefallen ist, dass da während der Ausbildung man oft auf Station gekommen ist und dann immer so ein Kommentar von 'Ja, der Patient, der kann kein Deutsch.' Aber es war nicht informativ gemeint, es war dann eher abwertend. Die Person kann kein Deutsch und ich frage mich dann auch, wo ist dann die Lösung? Was können wir gemeinsam als Team, was wäre dann jetzt die Lösung? Würden wir dann eine Pflegekraft hinschicken, die vielleicht divers aufgestellt ist sprachlich oder die wenigstens Englisch spricht? Aber es war dann immer so, ja die Person kann dann kein Englisch und es wäre dann so, als ob die Person eine schlechtere Behandlung verdient von der Pflegekraft. Und so wurde auch die Person behandelt, so wurde es auch übergeben in der Übergabe. Und dementsprechend wurden dann auch die Gäste bzw. die BesucherInnen von dieser Person behandelt. Und auch in der Übergabe war es wichtig zu betonen, dass die Person eine dunkle Hautfarbe hat oder aus dem Land kam, auch wenn die Person gut Deutsch sprach. Und da fragte ich mich, es war total irrelevant diese Information weiterzugeben. Es war medizinisch nicht relevant, es war pflegerisch nicht relevant. Es wurde auch keine Rücksicht genommen, dass man dann da saß. Selbst wenn ich da nicht saß, wäre es nicht richtig zu sagen, 'ja passt auf, wenn ihr reingeht, die Person ist schwarz.' Und ich muss sagen, man fängt auch sich selbst zu hinterfragen, weil es so subtil ist, ob man es richtig gehört hat, hat man es so gemeint." (FG02_T2_3, Pos. 14)</p>	<p>8</p>	
	<p>Doppelte Anstrengung</p>	<p>"Ich finde das ein bisschen schwierig, weil diese Leute müssen wie ein Automotor mehr Kraft haben. Kraft für die Extrabildung, für die Anerkennung, für die berufliche Akzeptanz und zwar neue Kraft für den täglichen beruflichen Alltag zu schaffen. Und warum muss man benachteiligt werden, wenn man diese Herausforderung erleben muss und zwar niedrige Einkommen bekommen muss." (FG04_T4_1, Pos. 39)</p>	<p>2</p>	

		<p>„Like also my mother, she had „eine geblockte Vene“ and it went almost to her heart and like she went to the hospital and it was also „Wandsbek“. And we were like „we have to change you to another place“, and she was like „no, no God is there“ and she's praying and everything went good. But we were all like, no we have to say that we are the children and we speak German and we have a look. So it's not like she's a black woman...yes, so we were like, always there and they were like, „ah yeah, this are the children from this woman“. So everybody knew that she had somebody. Always when I'm like or family members are in the hospital, we have to show them that we are not alone. And the German person doesn't have to do it. Or like not German, like a „weiß gelesene Person“ yeah, a white passing person.“ (FG09, T9_1, Pos. 59)</p>	<p>„Und da habe ich schon beobachtet, dass Arztgespräche bei Visiten mit weißen Eltern, die natürlich auch viel nachgefragt haben, deutlich ausführlicher gemacht wurden und auch häufiger. Während es bei Schwarzen doch es kürzer gefasst wird, dann gibt es vielleicht auch noch eine sprachliche Hürde. Und da wird halt eher sich kurz gefasst, in Englisch gesprochen, auch wenn sie nicht gut Englisch sprechen und dann abgenickt und gut. Und die haben aber nichts verstanden. Und da wird dann aber auch nicht weiter drauf eingegangen. (FG11_T11_1, Pos. 5)</p> <p>„so ich als Pflege, das ist mehr so, dass die Leute mit den Patienten oder die Kollegen, dass das gezeigt haben, so ein bisschen merkwürdig mit den Patienten umgehen oder die Beschwerden nicht so wahrnehmen, ne? Es ist normalerweise, was ich am meisten gesehen habe. Oder das ist typisch auch, [dass] eine doofe Person sagt, [...] „Ich verstehe ihn nicht. Ich nehme diese Patienten nicht“, ne? Und das ist sehr, nicht nur gemein, sondern falsch.“ (FG15, T15_1, Pos. 8)</p>	<p>10</p>	
	<p>Einfluss auf Behandlungsqualität</p>	<p>„Also ich finde es eigentlich auch schon eine Diskriminierung, wenn man zu einem schwarzen Menschen sagt, „also Sie sprechen echt gut Deutsch.“ Also das finde ich ist auch schon eine Form von Diskriminierung. Die fühlen sich dann auch noch so selber so toll dabei und merken das gar nicht.“ (FG11, T11_1, Pos. 30)</p> <p>„als ich noch aktiv in der Pflege gearbeitet habe, nicht selten oder relativ oft den Ausdruck, also wenn wir schwarze Babys auf Station liegen hatten, dass dann in der Übergabe gesagt wurde bei der Kinderverteilung, ich würde gerne das Schokobaby versorgen, so ein ganz gängiger, also, und ich jedes Mal aus dem Kittel gesprungen bin. (lachen) Und das aber nicht auszumerken war. Und das hat, also als Begründung war dann häufig, „ja jetzt, mein Gott, stellt euch doch nicht so an, das ist doch niedrig gemeint. Und der ist doch so niedrig.“ „Und ich so, ja, aber es ist</p>	<p>2</p>		

		<p>Ablehnung/Widerstand</p>	<p>einfach nicht richtig. So hört mal auf damit." Aber es ließ sich nicht, also, das ist meine Erfahrung, die mich so begleitet hat in meiner aktiven Pflegezeit" (FG11, T11_4, Pos. 8)</p> <p>"Aber ich nehm das sehr stark wahr, dass wenn Menschen kommen, die vor allem, die nicht gut Deutsch sprechen, dass die einfach, dass, dass die Reaktion von anderen Menschen in Gesundheitsberufen sehr ablehnend ist. Sehr ablehnend ist und sehr wenig Bereitschaft da auch mehr rauszuholen. Oder mehr, mehr zu leisten, sondern dass dann auch die Behandlung einfach schneller vorbei ist, die Anamnese schneller vorbei ist. Und ich glaub, dass, ja, also ich krieg einfach mit, dass die Versorgung da nicht, nicht optimal ist und dass die Haltung von vielen Menschen im Gesundheitswesen da sehr ablehnend ist." (FG04, T4_2, Pos. 5)</p>	<p>12</p>	
	<p>Defizitäre Perspektive/Pathologisierung</p>	<p>"ich sehe total, dass ich zum Beispiel als schwarze Ärztin noch mal ganz andere Erfahrungen machen würde. Und das ist mir im Studium auch begegnet, dass, ich war auf einer Station in einem Klinikkontext, wo eine Schwarze Ärztin da war. Und der Chefarzt hat sich regelmäßig, also, einerseits sexistisch geäußert und andererseits, genau, rassistisch. Also, es war immer so dieses, also, der Satz fing immer an, „sie ist eine tolle Ärztin, aber“. Dann wurde die, also, ich fand ihr Deutsch wunderbar, ich habe sie gut verstanden, ich fand das Niveau sehr hoch auch. Aber das wurde immer, und ich habe generell das Gefühl, dass, wenn eine schwarze Person, ist es egal, auf welchem Level Deutsch gesprochen wird, es wird immer hinterfragt. Wenn ich gut Deutsch spreche, dann ist es, „sie sprechen aber gut Deutsch, woher kommt das?“ Und wenn ich dann den ein oder anderen Fehler mache, dann ist es, „ahja, okay, die Person ist schwarz, deswegen kann gar nicht sein, dass die Person gut Deutsch spricht.“ (FG14, T14_1, Pos. 24)</p> <p>„tatsächlich ist das der Fall, dass ich in meinem Umfeld, vor ein paar Jahren schon erfahren habe, dass zum Beispiel jemand sagt „Ja Menschen mit Migrationshintergrund“, also nicht jetzt ganz spezifisch schwarze Menschen sondern Menschen mit Migrationshintergrund ne super heterogene Gruppe, hallo?, „Sind weniger intelligent und das zeigt die Forschung“. Okay, welche Forschung?, ne nachgefragt. Also erstmal Wut drin und so diese emotionale Reaktion und das zu aber, ich habe die ganze Zeit versucht, das zu bewältigen sozusagen und das zu hinterfragen. „Was meinst du genau damit, also kannst du diese Aussage belegen?“. „Ja, die Intelligenzforschung zeigt ganz genau.“ „Okay, welche Intelligenzforschung?“ Dann wurde zitiert eine Studie von der USA, von den 20er Jahre, also 1920, in dem man gesehen hat, ja, es gibt also so Unterschiede zwischen weißen Menschen und schwarzen Menschen. „Ja, aber die Studie ist ganz</p>	<p>3</p>		

<p>Unterschiede in Erfahrungen weißer und Schwarzer Personen</p>	<p>Unterschiede in den Wahrnehmungen und Erfahrungen mit rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen zwischen weißen und Schwarzen Personen</p>	<p>Aufrücken einer Rolle der Benachteiligung</p>	<p>alt und was misst man genau in dieser Studie?“ Misst man pure Intelligenz oder misst man vielleicht, also vielleicht waren die Menschen... also kein Wunder, hatten keinen Zugang zum Bildungssystem. Also diese Reflexion darüber, wie genau war die Studie empirisch die Methoden. Waren die Methoden, ja, vernünftig. Und dann, ja, das, das wurde, das habe ich mehrmals gehört. Am häufigsten von der gleichen Stelle, ne, also das kam von der gleichen Stelle. Und dann, ich habe jedes Mal versucht darauf zu reagieren und aber nicht unbedingt emotional. Ich habe versucht, das so zu argumentieren, „okay, diese Studie sind „rubbish“, ja.“ (FG07, T7_1, Pos. 4)</p> <p>„Und zweitens ist es auch so, bestimmte Themen, die diesen Bias haben oder wenn wir dann in medizinischer, Psychologie Stunden haben wo wir über über Diskriminierung, Rassismus reden, es ist einfach immer akward. So weil es ist immer akward. Jedes mal. Entweder sind es viele mit – ich kenne diese ganzen neuen Begriffe nicht – White savior complex und so weiter und sofort, die dann sagen, den schwarzen passiert ja so viel. Ok ja racism ist da, but I am not a victim. I am not a victim. Stop babying me.“ (FG03, T3_2, Pos. 25)</p> <p>-</p>	<p>1</p>	
<p>Unterschiede in Erfahrungen weißer und Schwarzer Personen</p>	<p>Unterschiede in den Wahrnehmungen und Erfahrungen mit rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen zwischen weißen und Schwarzen Personen</p>	<p>Unterschiede in der Kommunikation</p>	<p>„The last time I did a registration for birth, recently, that was last year, November, and I went to register for the birth of my daughter. And I was there and I think one of the midwives that's supposed to register people in that place, I saw her attitude to a lot of the white people. She was so friendly with them, extra helpful. Before they ask for anything, she's ready to actually give them the attention. And then the next thing, a black lady went in, and the lady came out and she told me, the woman was just so unfriendly with her. She can't believe this is the woman that has been gisting with the other white people that came to register. I just felt maybe she was just exaggerating or anything. As soon as I entered, and I started asking questions, I initially started with English, and I felt maybe because she wasn't comfortable with English, and maybe I just tried to speak German. I realized that all through she was very cranky, very not so helpful. She just wanted the meeting to end. She felt I was asking too much questions“ (FG01, T1_2, Pos. 6)</p> <p>“you go there and no one is talking to you on the desk. [...] So I come to you and you are just busy on your laptop and you ignore. But if people of other color, white people</p>	<p>Gesamt: 98</p> <p>18</p> <p>18</p>	<p>Kodiert werden alle Textstellen, in denen entweder Unterschiede benannt oder Vergleiche zwischen weißen und Schwarzen Personen im Hinblick auf ihre Erfahrungen mit rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen gezogen werden. Dies kann durch direkte Gegenüberstellung oder durch implizite Vergleiche oder</p>

			<p>basically come and they are "hello" you know. So you can feel the difference in treatment. So for me that is a conclusion that it's racism. So this is the experience. So this happened and I usually ask them „alles gut bei Ihnen?“ [...] So I had this experience at the dentist, at the gynecologist, yeah, this two instances." (FG03, T3_4, Pos. 15)</p> <p>"the doctors thought that I don't feel pain the way that white people do. So, they were very rough with me, because they thought, okay, she will do that. She looks more... I had more on my hips. I was very curvy. So, maybe they thought, okay, I'm strong. I can handle this. (FG06, T6_2, Pos. 17)</p> <p>"Entweder sind sie super dankbar, dass du da stehst und die fühlen sich einfach besser behoben, zum Beispiel, ich habe auch schon mal gehört, ja, bei diesen Afrikanern, es ist eigentlich schwierig Blut abzunehmen. Und dann hörst du auch von anderen Patienten, ich würde so oft gestoppen, ich habe mich gefreut, dass du heute hier bist, weil guck mal, du hast es einmal geschafft, ich musste nicht leiden. Dann habe ich gesagt, die sind ein bisschen gemein. Weil, das ist das auch. Weil, die kommen schon mit den Gedanken, ja, es ist ein bisschen härter, weil man die Vene ja nicht sieht. „Hast du schon mal Blut abgenommen? Geht es überhaupt ums Sehen?“ Da frage ich mich auch. Also, es gibt ja auch weiße Menschen, wo du die Vene gar nicht siehst, aber trotzdem trifft. Wie schaffst du das? Die Hautfarbe ändert ja nichts. Aber die hören das auch sehr oft, dass die sich einfach freuen." (FG13_T13_2, Pos. 27)</p>	25	Benennungen geschehen.
	<p>Unterschiede in der Behandlung</p>	<p>"dass man immer das Gefühl hat, dass man immer die Drecksarbeit in Anführungsstrichen bekommt. Oder halt noch mehr arbeiten muss als die anderen oder die schwierigsten Dienste. Und dass man auch nicht so sich beschweren darf oder mal nein sagen darf. Also die anderen sagen grundsätzlich, wenn sie nicht können, dann wird es akzeptiert. Aber wenn man mal selber mal nein sagen möchte, dann wird das nicht akzeptiert und es wird auch nicht gut angenommen. Und dann ist man wie unten durch oder wenn man mal einen Fehler macht, dann wird einem das so dramatisch vorgelegt. Die anderen können tausend Fehler machen und das ist nicht gleichzusetzen." (FG02_T2_2, Pos. 20)</p> <p>"Oder dass meine Fehler schwerer wiegen als deren Fehler. Und das belastet schon einen beim Lernen tatsächlich. Dass man sich dann so den Druck macht, einfach besser da zu stehen." (FG03, T3_3: Pos. 29)</p>	14		
	<p>Unterschiedliche Maßstäbe</p>				

		<p>Unterschiedliche Privilegien/Startbedingungen</p>	<p>„irgendwie wird man dann immer so ein bisschen ins Visier genommen, sage ich mal. Um zu gucken, ist man dann gut oder nicht? Und wenn man dann gut ist, dann ist es auf einmal so, oh ja, es ist so toll, dass Sie auch hier sind. Es gibt nicht viele schwarze Ärzte. Und das wird auf jeden Fall, also ich bin richtig stolz zu sehen, wie gut Sie sind und so weiter. Und ja, das ist auf jeden Fall so eine Erfahrung, da glaube ich haben nicht, also auch Studierende ohne Migrationshintergrund auch, die haben diese gar nicht. Ich glaube, die haben die überhaupt nicht.“ (FG03, T3_2, Pos. 30)</p> <p>“Weil ich hatte oder habe teilweise noch oft das Gefühl, dass ich in dem unterschätzt werde, was ich kann und was ich weiß. Und ich habe das Gefühl, dass es bei meinen Kollegen halt nie so ist, wenn jetzt irgendwie eine Aussage getätigt wird, dass das irgendwer hinterfragt. Oder dass es überraschend kommt, dass die Aussage kam oder ich das Wissen habe (FG10, T10_1, Pos. 20-21)</p> <p>“ich kann es halt auch sehr gut immer mit mir selber halt abgleichen, was habe ich für Erfahrungen gemacht, was hat sie für Erfahrungen gemacht und ich durfte einfach sehr viel früher mehr als sie, obwohl wir auf dem gleichen Ausbildungsstand waren. Also ich habe eng mit ihr gearbeitet, ich wusste, dass sie gut ist so und wenn man dann auch mal nachgehakt hat, woran liegt das, ja sie ist so schüchtern irgendwie und kriegt den Mund nicht richtig auf und keine Ahnung, was für mich eine Konsequenz daraus war, wie sie behandelt wurde, dass sie eingeschüchtert war von dem Setting. Man muss auch sagen, zu der Zeit war sie die einzige schwarze Kollegin auf der Station und das, wenn man mal abgesehen davon, also es kamen ja auch Kommentare zu ihrem Aussehen, zu ihren Haaren so und dann ist es kein Wunder, dass man eingeschüchtert ist.“ (FG20, T20_3, Pos. 19)</p>	<p>10</p>
	<p>Unterschiede im Verständnis/Nachempfinden</p>	<p>„When I was in the hospital, the nurses were good, but I felt like, when the nurse on duty was someone who has a migrant background, they treated me better. The other ones were professional, but you know this humanity of, „oh, she's sick, oh, please call me when you need anything“. The other ones would just be like, they can do what they want to do and go, but these other ones would go the extra mile to make sure I was comfortable. So, maybe it's also that, okay, they kind of maybe hear stories, or they feel, okay, you're uncomfortable, I want to, yeah, give more care.“ (FG09, T9_3, Pos. 35)</p>	<p>6</p>	

<p>Wahrnehmung von (weiterer) Diskriminierung im Gesundheitswesen</p>	<p>Wahrnehmungen und eigene Erlebnisse mit weiteren Formen von Diskriminierung im Gesundheitswesen</p>	<p>Unterschiede im Wissen/Sensibilisierung</p>	<p>„Also in der Zahnmedizin ist [Parodontitis?] wirklich die Krankheit. Und das haben vor allem Leute aus Westafrika mit der genetischen Veranlagung. Das ist voll das Thema da. Aber ich habe das jetzt in den sechs, ich bin jetzt im sechsten Semester ein einziges Mal gehört. [...] Und eine andere Sache, weil mich das jetzt mit der Haut daran erinnert hat, also meine Schleimhaut sieht ja anders aus wie bei jemandem hellhäutigen. Und dann haben wir halt, also wir sprechen dann Patientenfälle und man sieht dann nur den Mund. Und dann, „ja, die Haut, die Schleimhaut ist dunkel, die ist verfärbt. Das ist auf jeden Fall krankhaft.“ (lachen) Ich war schockiert. Durch diese Aussage. Die haben das nicht verstanden.“ (FG08, T8_2, Pos. 26)</p> <p>„was auch mir immer wieder aufgefallen ist, ist, dass es oft so ein krasses Unwissen gibt über Besonderheiten, die vielleicht bei Menschen mit nicht weißer Hautfarbe anders sind im medizinischen Kontext, als in den medizinischen Lehrbüchern, die ja meistens eher nur anhand von weißen Menschen geschrieben wurden. Genau und da ist so eine fehlende Reflexion auch über das eigene Nichtwissen und das nehme ich oft wahr. Also gerade wenn es um Hauterkrankungen geht, ist mir das schon sehr oft passiert, oder auch bei allergischen Erkrankungen, also ich bin auch zusätzlich sehr schwer Allergikerin und da habe ich das schon mehrfach erlebt, dass einfach Ärzte und Ärztinnen nicht in der Lage waren, die Unterschiede zu erkennen und überhaupt eine Hautkrankheit bei mir so zu diagnostizieren wie bei weißen Menschen und dass sie aber auch darüber nicht reflektieren konnten oder auch bei solchen Sachen wie Vitamin D Einnahmen.“ (FG05, T5_1, 19)</p>	<p>7</p>	
			<p>„I think I heard it because somebody said like when I came to Germany or came to Europe and then I saw that we are one. But when I'm at my home I'm like, I'm Ghanaian, I'm Nigerian, or in Ghana I'm a different tribe so we are not one. But here you are like, these are the blacks and it's kind of strange because he's from Bavaria and he's from and like- no we are not- it's German. But they are like kind of different people and we are just always one.“ (FG09, T9_1, Pos. 61)</p> <p>„Ich hatte auch einen Patienten, der hat dann immer zu mir gesagt, meine kleine hübsche Indianerin, ich soll mich doch auf seinen Schoß setzen.“ (FG02, T2_2, Pos. 23)</p>	<p>Gesamt: 22</p> <p>6</p> <p>3</p>	<p>Kodiert werden alle Textstellen, in denen Wahrnehmungen und eigene Erfahrungen mit weiteren/anderen Diskriminierungsformen im Gesundheitswesen geschildert werden. Diese müssen nicht in Kombination mit rassistischer Diskriminierung auftreten, können aber auch als damit</p>

		<p>gender- und geschlechtsbezogene Diskriminierung</p>	<p>"wenn wir nochmal in den Krankenhausbereich gehen, auch nochmal, Stereotype Sexismus kommt auch immer wieder dazu, also auch was du erzählt hattest, mit, ne, können die Jungs das nicht auch machen, wenn es dann irgendwie darum geht, sobald du eine Schwarze Frau bist, bist du the most incompetent, sobald du ein Schwarzer Mann bist, bist du, keine Ahnung, pervers, oder geflüchtet, machst du irgendetwas, ne?" (FG03_T3_2, Pos. 61)</p> <p>„Und was mir halt auch auffällt, so weitere Diskriminierung auf jeden Fall sind die meisten bei uns, sogar in der ganzen Klinik, wahrscheinlich nicht so gendersensibel. Dass sie auch teilweise Kolleg*innen miss-gendern [...]Und bei Patient*innen ist das auch so, dass wenn Menschen nicht cis sind, dass da erst mal skeptisch geguckt wird. (FG11_T11_3)</p>	7	zusammenhängend beschrieben werden.
		Lookismus	<p>"You need to be a good, nice guy. You need to smile. I think I'm often in a better situation because I look cute. I just say it because everyone says that I look cute. (lachen) I have a baby face so everyone is ilke, cute, nice. So I feel often I am better." (FG06_T6_2, Pos. 68)</p>	5	
		Stereotypisierung/Kulturalisierung	<p>„Was mir glaube ich auch noch aus Pflegeübergaben oft im Kopf noch mal geblieben ist, ist, wenn wir jetzt genau wie gesagt die Dienstübergaben machen und dann die Namen der Patientinnen dann noch irgendwie vorgelesen wird. Da weiß ich noch, da war ich auf einer orthopädischen Station und da hatte eine Kollegin den Namen vorgelesen von dem Herrn und die erste Frage, die von einer anderen Kollegin kam, spricht der Mann Deutsch, ohne zu wissen, wer das ist. Also genau. Und auch immer hatte ich auch oft das Gefühl, sobald es an die Rundgänge ging, dass ich dann eher die Person, gerade bei nicht Deutsch sprechenden Personen, dass ich da auch eher mal reingehen sollte oder eher in Kontakt mit denen treten soll. Das ist das, was ich auf jeden Fall immer noch gut im Kopf habe.“ (FG10_T10_1, Pos. 43)</p>	1	
Intersektionale Verknüpfungen	Intersektionale Aspekte von Diskriminierungserfahrungen	-	<p>„Also was ich beobachte ist, also das ist natürlich intersektional, das muss man auch so betrachten, aber ich glaube, wenn man eine schwarze Person ist, überschattet das alles andere. Ich glaube, wir erleben Rassismus vor Sexismus und ich kann das sagen, also was ich beobachte, ich denke, selbst wenn eine muslimische schwarze Person Kopftuch trägt, ist sie schwarz, bevor sie eine Kopftuchträgerin ist. Und ich finde auch, selbst wenn man alles dreifach oder vier, wie auch immer, dann fragst du dich, ist es, weil du jetzt eine Frau bist oder weil du schwarz bist und ich denke, es ist primär, weil man schwarz ist. Also das waren jetzt meine Beobachtungen.“ (FG2_T07: Z. 416-423)</p>	<p>Gesamt: 98</p> <p>14</p>	<p>Kodiert werden alle Textstellen, in denen mehrere Diskriminierungserfahrungen in Kombination mit rassistischer Diskriminierung beschrieben oder reflektiert werden – insbesondere, wenn</p>

		<p>Geschlecht/Sexismus</p>	<p>"Frauen haben es insgesamt auch schwieriger im Gesundheitssystem, egal welcher Herkunft. Und schwarze Frauen haben es auch nochmal deutlich schwerer, sowohl als medizinisches Personal als auch als Patientin. Ich glaube, es gibt auch einfach gefestigte Rollenbilder, Erwartungen, dieses Klassendenken von gewissen Diskriminierungsmerkmalen, was halt dazu führt, dass gewisse Personen weniger ernst genommen werden. Also ich sag mal jetzt als Beispiel, man weiß ja, dass zum Beispiel schwarze Frauen, die Schmerzen haben, eher weniger wahrgenommen werden, gerade nach der Geburt." (FG12, T12_1, Pos. 26)</p> <p>"ich hatte einen Dienst auf der Onkologie gehabt, und habe da mit anderen Medizinstudenten auch Blut abgenommen. Und die Patienten haben die weißen Medizinstudenten vorgezogen, weil sie dachten, sie können dann besser Blut abnehmen, obwohl ich letztendlich immer helfen musste. Ich habe wirklich Erfahrung damit und hat mich immer so frustriert. Und auch, dass die Patienten immer gesagt haben, „kannst du das überhaupt?“ Oder „können das die Jungs nicht machen?“ (FG03, T3_3, Pos.14)</p> <p>"That's one thing that is so important as well, connecting each other and also realizing that us men need to do a better job, change the mind of the men too, because there's sexism still in this place. So if you now report this neo-nazi and then it will just be like, oh you're just a black woman that is emotional because she's a woman now. Now they will add the sexism into it. So we need to be aware of there are actually multiple things we need to fight together as one." (FG03, T3_2, Z. 876)</p>	<p>22</p>	<p>deren wechselseitige Verstärkung, Untrennbarkeit deutlich werden. Die Kodierung erfolgt unabhängig davon, ob der Begriff <i>Intersektionalität</i> konkret benannt wird. Entscheidend ist der inhaltliche Bezug zu sich überschneidenden Diskriminierungsformen im Gesundheitswesen.</p>
<p>Sozioökonomischer Status / Klassismus - Erstakademiker:in</p>	<p>"My son's doctor. I know, of course, they will ask you naturally to know the background of your child, the parents together and everything. But I realized that since my son's doctor found out that my husband works, came here for master's and I'm also educated, he treats me different than when he initially met me" (FG01, T1_2, Pos. 38)</p> <p>"I have to say that I am an academic and I'm fluent in German and that is a huge privilege, that has a positive effect on how I can access the healthcare system, for sure like. So if I wouldn't have yeah but my. Like, also being or socialized growing up in a German academic household I do know like how to speak and to be taken seriously. I mean, I cannot like, escape the blackness factor, kind of like, so that is obviously still there, like but it's much better for me than if I couldn't speak the language" (FG09, T9_2, Pos. 65)</p>	<p>17</p>			

			<p>"ich glaube, das ist ein wichtiger Punkt, dass der Zugang, also die Hilfestellung ist, muss standardisierte Programme geben. Es gibt schon Theorien von Mentoring-Programmen, dass man sagt, es kommt eine Fachkraft nach Deutschland und kriegt eine Person zugeteilt und leitet sie an und leitet sie auch für all diese Anliegen an. Genauso wie in Menschen, die hier aufwachsen, aber nicht aus Akademikerhaushalten kommen, vielleicht einen Hintergrund haben, aus dem die Eltern eingewandert sind. Ich habe selber ein Stipendium bekommen und habe das, das war wirklich, ich habe sozusagen alle Anforderungen erfüllt, auch mit meinem Hintergrund, aber ich bin da auf Zufall drauf gestoßen. Ich wusste davon vorher nicht. Das Geld ist anscheinend da, aber der Zugang ist sehr schwer, dass man das an den entsprechenden Orten oder Stellen auch irgendwie anbietet. Davon wissen glaube ich viele nichts und das ist einfach nach wie vor auch eine Frage der Herkunft, nicht nur Nationalität, sondern auch soziökonomisch, welchen Weg man einschlägt. Und das zieht sich durch. Ganz andere, also langes Studium, Psychotherapeutenausbildung ist teuer. (lachen) Es gibt das Geld, es gibt Stipendien, aber von denen weiß niemand. Und das ein bisschen mehr koordinieren, glaube ich, wäre wichtig." (FG04, T4_2, Pos. 50)</p>	
	<p>Be_hinderung / (chronische) Erkrankung</p>	<p>"da ging es jetzt nicht um bestimmte Begriffe, die gefallen sind, nicht um ganz offenkundigen Rassismus, sondern eher subtil und wahrscheinlich auch ziemlich intersektional [...] Mir ist es immer wieder passiert im Laufe meines Lebens, dass ich an krasse Grenzen gekommen bin bei Ärzten und Ärztinnen, was Krankschreibung betrifft, obwohl ich sehr schwer krank war. Also dadurch, dass ich einen sehr seltenen und auch schweren Immundefekt habe, bin ich halt oft krank und habe auch dann oft sehr schwere Infektionen [...] und trotzdem musste ich immer wieder darum kämpfen, dass der Arzt oder die Ärztin das anerkennt, dass ich jetzt gerade nicht arbeiten kann" (FG05, T5_1: Pos. 12)</p> <p>"I can imagine if I had to come from the sea here and then I have to deal with a child that has special needs. How do you deal with that? I see a lot of people complain and talk about their kid, autistic, ADHD, and they are not getting any help. And it breaks my heart. Maybe because I can say this is what I want or I can research. What about those that are not even, I can reset because I'm in that line. I see a lot of kids. My friend told me last week that there's a black kid that was put out of school, put out of every therapy because he's fighting them and nobody's, nobody can give the boy therapies. About five years old, he's got ADHD and autism. And if it was a white kid, there will be a solution. But there was, this boy was told to go home and sit at home. No education, no kita, nothing. I felt so bad as in I was almost boiling and of which the mother is not active. She's not somebody that wants to go and go into the</p>	<p>6</p>	

		<p>system or fight it or anything. It's really sad. That's another generation facing it already." (FG01, T1_2, Pos. 41)</p> <p>Aufenthaltsstatus</p> <p>„but the resident status, I want to contribute something. Whenever we go, you know, we're going for any therapy for my son and we are there, you know, you still see, they keep asking questions and they ask, "what's your nationality?" As soon as I say his nationality is Deutsch, I see that look, they change. The way they respond to you is different. It's totally different because they can now read everything. Okay, this person is Deutsch and this person is not one of those ones that is here to collect our money or something and they treat you differently. I see that. Even in the Kindergarten, my son's Kindergarten, you know, it's a totally different story. With his therapies, every time they ask us or maybe we've not filled the form, I still see them try to drag their feet sort of, they are not really totally helpful or just, but as soon as they ask, then maybe we are filling the questionnaire and they say, "are you Deutsch?" You know, then, and I ask, "wir sind eingebürgert" and they then look okay and they see his skin color too. They see he's not mixed race. That means we are totally black. So I see that they sit up a little bit. So that's really is something that affects some people (FG01, T1_2, Pos. 41)</p> <p>"if one is sick I used to advise people, if you're sick and you are dying it's better to be deported than to die. Because yeah a friend of my husband's died recently because he was here, he was deported and then he came back. Went to Spain, got the documents in Spain and came back to Germany and was living here you know. And then he was caught and sent back to Spain. So he had this idea, „I'm not supposed to be here". [...] at some point he got sick. He was so afraid to go to the hospital and he had high blood pressure, God knows what and eventually he died. [...] I'm just saying that I would rather for me, because I was once illegal for like over a year. And I received treatment during this period how sometimes my friends would be like „you're so bold". I said „no I would rather be deported than to die, I'm sorry". So, when I needed treatment, I went for, I paid, I paid I was walking, so it was different. I could afford it, it was very very expensive. And now we're at the doctor's place that time, I'll pay sometimes up to 250 euros, which is quite a lot, you know. But would I want to die because if it came to, that was what I told myself, if I had to be admitted and I'm faced with the option, do you want to go to prison or do you want to be deported. I would first of all go and get myself checked." (FG09, T9_4, Pos. 91)</p> <p>„du kannst ja nicht jemanden einfach so liegen lassen und sagen, also passiert. (lachen) Aber genau, habe ich selber schon erlebt, dass wir Patienten hatten, die</p>	19
--	--	--	----

			<p>quasi gar nicht hier sein dürfen, oder wer auch immer das entscheidet. Ganz schlimm, also das ist eigentlich mit das Schlimmste. Also die werden vom Gesundheitssystem, also vom Krankenhaus ganz schnell versucht, wieder weg, möglichst schnell stabilisieren und dann schnell wieder entlassen.“ (FG20, T20_3, Pos. 47)</p>	
	<p>(Kranken-/Pflege-)Versicherungsstatus</p>	<p>6</p> <p>“Like the basic needs, they cover. If you are bleeding, they won’t ask you „what is your insurance“ but more than that, you have to wait [...]” (FG09, T9_1, Pos. 82)</p> <p>“if it’s life threatening they will treat you immediately, and then hope to somehow sort it out. Ok, I was one of those times I was self-employed. I didn’t sort my insurance well or there was something with insurance and I was admitted at that time. I had to go to the hospital and yeah, I was treated first, and then later I had to pay the bill personally instrumentally. So it depends and maybe because I was documented it’s different, but I’ve heard of cases where people who are undocumented, they got treated and then they have to start making calls to social lands to the states, who can take care of the bills and yeah.” (FG09, T9_4, Pos. 83)</p>		
	<p>Religion/Glaube</p>	<p>10</p> <p>„I can share, like my mother, when she was giving birth to my brother. It was very critical it was the same hospital but it was years ago and she was praying. She said, „stop, stop everybody I have to pray“ And they were like „she’s crazy, she’s crazy“, „she has to no, no“ and she said „yes, because of the praying it went well“. I believe it too, but everybody was like, „No.“ (FG09, T9_1, Pos. 77)</p> <p>“Ich glaube, unser Glauben macht schon einen Unterschied, wenn ich Patienten, die muslimisch sind, treffe. Entweder Männer oder Frauen, es gibt ja schon einen Unterschied mit denen, die christlich sind oder nicht glauben. Die benehmen sich ein bisschen anders. Natürlich freuen sie sich trotzdem, dass du da bist und du kommst wahrscheinlich aus Afrika wie ich und du verstehst ein bisschen besser als die andere Person, die da steht, die erstmal guckt und denkt, äh die Muslime und dann schon wieder, oh, schwarz. Also die freuen sich schon, dass du da bist und das akzeptieren die dann auch ein bisschen besser, weil ja, das ist eine Frau, du kannst sie dann anfassen, dann hat sie gar kein Problem damit und du kannst ihr bei allem helfen, bei allem was sie macht, kannst du sie unterstützen, die hat gar kein Problem und fühlt sich ein bisschen nicht so schüchtern, als wenn ein Mann da stehen würde. Aber auch bei Männern ist es schon schwierig, die die Muslime sind, wenn du da stehst und du bist eine Frau, klar akzeptieren die das, dass Pflege Frauen sind meistens, aber du bist trotzdem eine Frau. Und die Weißen können die das, oder die anderen Kollegen können die das irgendwie besser trennen. [...] Ich glaube,</p>		

			<p>muslimische Männer denken, ja ok, da hätte ich lieber die deutsche Frau, weil mit dir habe ich so ein bisschen so kulturelle Verbindung und das ist dann ein bisschen zu näher dran, als wenn die Deutsche das macht, weil es ist dann [...] ein Distanz und es ist komplett professionell. Also das habe ich irgendwie auch bemerkt.“ (FG13, T13_2, Pos. 37, 42)</p> <p>„zum Beispiel bei einem Todesfall, also jede Religion, jede Kultur geht ja etwas anders mit Verstorbenen um, und ob es jetzt Waschen oder Rituale ist, die man hat, und dass da vielleicht nicht die Zeit, der Raum gelassen wird, um das so auszuleben, wie die Person, die Familie das halt gerne machen würde.“ (FG19, T19_1, Pos. 50)</p> <p>„wenn Patientinnen sich dann wünschen von Frauen eher gewaschen zu werden oder so, dass sie auch schon oft dann irgendwie sagen, "was soll das denn, ne, dann schaffen wir das halt gar nicht." Gut, ich gebe keine Frage irgendwie. Also auch wenn Frauen im Dienst sind, aber da ist halt gerade zufällig ein Kollege für die Patientin zuständig und dann, ne, da geht das nicht.“ (FG20, T20_3, Pos. 60)</p>	
		<p>Sexuelle Identität</p>	<p>4</p> <p>„wen verstehen wir, wenn wir Medizin lernen, überhaupt als unseren Patienten, unsere Patientin, wer ist unsere Zielgruppe? Und das ist immer noch so, dass es eigentlich hauptsächlich der weiße Mann ist, der „able-bodied“ ist, der auch heterosexuell ist, beziehungsweise wir sprechen ja dann von Risikogruppen, also MSM [MSM meint Männer, die Sex mit Männern haben]. [...] ich glaube das war 2018 oder 2019, dass die Blutspende zum Beispiel möglich geworden ist, oder einfacher zugänglich geworden ist für Männer, die homosexuell sind. Und da war auch immer so der Gedanke für mich, es wird davon ausgegangen, dass ich mich auf eine gewisse Art und Weise verhalte und deswegen mein Risiko höher ist, und das wird aber auf meine sexuelle Orientierung ausgelegt. Und es macht, also, oder um das Beispiel konkret zu machen, ich kann zu dieser Zeit homosexuell sein, seit Jahren, Jahrzehnten mit der gleichen Person in einer Beziehung sein, in einer monogamen Beziehung, und mein Blut wird gefährlicher eingeschätzt, als eine heterosexuelle Person, die nicht in einer Beziehung ist und wechselnde Geschlechtspartner hat, ne? (FG14, T14_1, Pos. 26)</p> <p>„und dann war die Frage, ne, als LGBTQ-Person, wie das auf der Arbeit stattfindet. Ähm, ich würde sagen, ähm, es spielt eine weniger große Rolle als das Schwarzsein [...] mit, ähm, Führungszeichen, [...] weil ich, ähm, mich auf eine Art und Weise präsentieren kann, die als heteronormativ gelesen wird. Ähm, wenn ich mehr feminin zum Beispiel wäre, oder, ähm, das ist glaube ich der Punkt, es geht vor allem so um</p>	

<p>Strukturelle Aspekte</p>	<p>Eigene Erlebnisse mit strukturellen Herausforderungen und Barrieren sowie Einschätzung der Bedeutung struktureller Aspekte von Rassismus im Gesundheitswesen</p>	<p>-</p>	<p>feminin, maskulin, und bei mir ist so die Sache, dass ich oftmals einfach als, ähm, maskuliner Mann und dadurch als Hetero Man gelesen werde. Das heißt, es fällt weniger schnell auf. [...] Ich trete natürlich auch als der Arzt auf, da ist dann auch nochmal so dieser Autoritätsgedanke, ähm, dass ich dann diese Rolle spiele und Leute gar nicht auf die Idee kommen könnten, äh, dass ich queer bin. Genau, das einzige, wie Leute drauf kommen könnten, ist, wenn ich zum Beispiel, äh, ich hab so einen Pin, wo drauf steht, also da ist, äh, so die Pride-Flag drauf und, äh, da steht „You're safe with me“ drauf. Da wurde ich aber bis jetzt noch nicht drauf angesprochen, ähm, genau, und jetzt, wo ich in der Praxis arbeite, spielt das auch nicht so eine große, Rolle.“ (FG14, T14_1, Pos. 18, 20)</p>	<p>Gesamt: 300</p>	<p>Kodiert werden alle Textstellen, in denen auf strukturell bedingte Benachteiligungen oder Ausschlüsse sowie auf strukturelle Aspekte und Herausforderungen von Rassismus im Gesundheitswesen hingewiesen wird. Dazu zählen sowohl eigene Erfahrungen mit strukturellen Aspekten als auch reflektierende Einschätzungen über strukturelle Ursachen rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen.</p>
		<p>five dimensions of access to care:</p> <ul style="list-style-type: none"> • affordability • availability 	<p>“The basic goal of a healthcare system is to save life’s. No matter what language or background or anything someone has, I believe that you should have a provision to be able to help that person’s health condition. And one thing is communication. So as soon as you get the patient in the hospital, they should have made a provision for that” (FG01, T1_2, Pos. 25)</p> <p>“wenn zum Beispiel Rassismus überhaupt nicht von einer gesundheitlichen Institution anerkannt wird als Problem. Also das ist auch eine Art von strukturelles Problem. Also diese „Awareness“, die überhaupt nicht da ist. Also strukturell bedeutet auch, dass es unbewusst ist, sozusagen, und so tief in der Struktur ist, dass man es schwierig erkennt. (FG07, T7_1, Pos. 15)</p>	<p>32</p>	
			<p>Subkategorie gesamt: 38</p>		

		<ul style="list-style-type: none"> • acceptability • accommodation • accessibility (Labban et al. 2024) 	<p>know the German Insurance then you will have a problem here. And you don't know where you get your good research from." (FG06, T6_2, Pos. 37)</p> <p>"Und auf der anderen Seite sehe ich so krass in meinem Umfeld, also ob das jetzt meine Freund*innen sind oder irgendwelche Telegram-Chats, auch wie du meinst, es gibt so viele Nachrichten, wo Leute fragen, kennt irgendjemand Schwarze oder POC-Therapeut*innen in der und der Stadt? Und es ist einfach so ein krasser Bedarf da. Und auf der anderen Seite trotzdem diese Hemmung, psychotherapeutische Hilfe aufzusuchen, beweisen Personen in der Sorge, dass man invalidiert wird, also dass die Erfahrungen invalidiert werden, dass man bestimmte Sachen erklären muss. Also ich sehe so die strukturelle Problem auf einfach sehr vielen Ebenen. (FG03, T3_1, Pos. 96)</p> <p>„man kann ja grundlegend sagen, dass Menschen mit dunkler Haut zumindest, also strukturell, da die großen Nachteile schon darin bestehen, dass viel zu wenig über die ganzen Sachen gelehrt wird. Also wenn ich jetzt an ein Beispiel denke, irgendwie hatte bei uns mal ein schwarzer Patient unbekanntes Hautausschlag, aber keiner wusste so genau, was das jetzt sein könnte, weil man es halt noch nie auf schwarzer Haut gesehen hat. Und es war auch irgendwie erschreckenderweise dann auch keiner der Dermatologinnen irgendwie so ausgebildet, dass sie auch irgendwie wissen könnten, in welche Richtung das jetzt zum Beispiel geht. Woraufhin man dann irgendwie nochmal in anderen Krankenhäusern nachgefragt hatte. (FG10, T10_1, Pos. 52)</p> <p>"I think one thing I can identify is lack of, I wouldn't say an interpreter, but placing people who don't speak the language with nurses who can also not speak like... Matching patients together with people who can interpret or stuff like that. I think if they don't make that provision, because most of the language, apart from German, I think the most dominant language here is English because through school, there are a lot of English programs. So it's mostly German and you see English. So when an organization like a big hospital don't have room for matching English-speaking patients with English-speaking doctors or nurses, in a care that would take a long-term care or something like that, I think it's going to be a problem, structurally." (FG01, T1_4, Pos. 24)</p> <p>„oder bei der Kinderarztsuche. Also da haben auch schwarze Menschen extrem schwer Kinder// Also wenn eine Mutter ein Kind bekommen hat, hat sie vielleicht beim ersten Kind ja noch keinen Kinderarzt und kriegt sie auch erstmal nicht. Also telefonisch kann sie es meistens nicht aus sprachlichen Gründen. Die Kinderärzte in</p>	<p>affordability: 0</p> <p>availability: 12</p> <p>acceptability : 7</p> <p>accommodation: 13</p> <p>accessability : 6</p>
--	--	--	--	--

		<p>Hamburg nehmen eigentlich keine neuen Patienten mehr auf außer Geschwisterkinder. Und dann können die Menschen nicht telefonieren aus sprachlichen Gründen. Und dann kommen die zu uns in die Klinik und wenn wir nach Kinderärzten fragen, ja, Hilfslosigkeit. Und das ist nicht nur einmal. Und dann organisieren die Kliniken.“ (FG11, T11_1, Pos. 35)</p>	<p>„if you know that this person cannot speak [German, Anm. AH] because of where she is from, [...] and then you give her a nurse that can also not speak English, it's never going to work anyways“ (FG01, T1_3, Pos. 10)</p> <p>“the healthcare system was built for the country when everybody, maybe not everybody, but almost everybody was ethnic German, they didn't have lots of migrants. But now there are many people from all over the world and there are many black people here. And the system has refused to you know adjust itself to the needs of these people. Like if I'm doing the normal consent form is still in German. Like if you're doing anything. And they expect you to sign it. But imagine, my mom is here for a medical thing, she does not know a word of German. And of course you have to sign it before you go for any medical thing. And nobody takes the time to you know explain this or translate it. And the person sitting there who gives you the form is not going to do it. So it's things like this, like what language do you communicate to the people? What sensitivity do you bring in?“ (FG09, T9_3, Pos. 45)</p>	<p>29</p>	
	<p>Sprachbarrieren</p>	<p>„Ja, ein bisschen Kompetenzbereichsüberschreitung, weil jeder hat eigentlich seinen Kompetenzbereich, aber die möchten praktisch in meinen Kompetenzbereich reinsprechen, was denen nicht zusteht. Das wäre so, als wenn ich als Krankenschwester, kommt ein neuer Arzt und ich will dem seine Arbeit erklären und ihn so darstellen, als wenn er keine Ahnung hat, obwohl er Medizin studiert hat, er hat ja nicht umsonst Medizin studiert. (FG02, T2_2, Pos. 58)</p>	<p>27</p>		
	<p>Machtverhältnisse/ Deutungshoheiten</p>	<p>„Ich arbeite am [Name Klinik 1] und wir sind unterdurchschnittlich wenig Menschen, schwarze Personen am [Name Klinik 1], die als Ärzte arbeiten. Wenn man Überstunden macht, nach 18 Uhr, die Gänge werden leer, dann sieht man viele schwarze Personen, die den Boden wischen. Aber die Ärzte sind unterdurchschnittlich vertreten. Und als junger Mensch fehlen die Vorbilder. Das sehe ich so. Man hat diese Bezugspunkte. Und davon auch merkt, dass es natürlich auch ein soziales Ding ist, dass es unterschiedliche Schichten gibt, dass anscheinend weniger Menschen den Zugang zu diesen Berufen bekommen.“ (FG04, T4_2, Pos. 31)</p>	<p>31</p>		
	<p>Repräsentation</p>				

		<p>Angebot an Beratung/Anlaufstellen/Meldstellen</p>	<p>„Mein erster Gedanke war, wenn ich mir psychologische Hilfe suche, dann möchte ich, dass mein Psychologe oder meine Psychologin auch kulturell geschult sind, und eine bestimmte Sensibilität mitbringt. Und deswegen fallen für mich ganz, ganz viele Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowieso schon weg. Das bedeutet, ich habe viel weniger Möglichkeit, an psychologische Hilfe zu kommen. Deswegen, ja, als schwarze Person hier in Deutschland bin ich mehr eingeschränkt, einen passenden Therapieplatz für mich zu finden, weil viele Personen nicht geschult sind, was Interkulturalität angeht, und Rassismus-Sensibilität, auch was Behinderung angeht, nicht geschult sind. Genau, und dann kommt dazu, dass natürlich viele, viele, viele Personen, die diese Schulungen gemacht haben, auch schon bereits voll sind, weil natürlich alle zu diesen Menschen wollen. Das bedeutet, es gibt zu wenig geschultes Personal für viele Menschen, die einen Platz suchen. Und ich glaube, das ist dann ein strukturelles Problem. Also ich studiere Psychologie, und nicht einmal in meinem Studium kommt irgendwas mit Rassismus vor, oder zumindest, dass man sich kulturell sensibilisieren muss. Und das geht gar nicht, wenn du mit so vielen verschiedenen Menschen zu tun hast.“ (FG06, T6_2, Pos. 39)</p>	<p>7</p>	
	<p>Transgenerationale Traumatisierung</p>	<p>„Das heißt, wir trainieren unsere Kinder bis sie 18, 20 werden, Hochschule, und dann investieren und dann sind die weg. Die sind weg, weil die keine Arbeit kriegen in Afrika. Die haben Kenntnisse erworben, die wollen Arbeit, die haben auch die Kraft, aber die kriegen keine Arbeit. Und der Traum ist weg. Ja, und dann kommt man weg, kommt nach Deutschland und dann geht alles von vorne an. Also, wir sind hier. Und wir müssen uns daran gewöhnen, unsere Informationen so auszutauschen, dass unsere Nachkömmlinge nicht die gleichen Probleme kriegen wie wir.“ (FG04, T4_3, Pos. 106)</p>	<p>1</p>		
	<p>Fehlendes Wissen zu spezifischen Bedarfen Schwarzer Personen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dermatologie 	<p>“I had ‘neurodermitis’: This is an autoimmune problem, and then you have problems with your skin. And when I was a child, we had so much struggle because of that, because most of the doctors diagnosed it wrong, because it looks different on black skin. And I have light skin, too, so, yeah. I think this is definitely a problem.” (FG06, T6_2; Z. Pos. 17)</p> <p>“there is also, we also run the risk of misdiagnosis you understand? It’s not because, it’s not intentional in that aspect but I just know that there are diseases that are peculiar to us, situations that are peculiar to us, due to our dynamics, our hormones. For instance for us women we tend to have, for instance black women suffer what they call fibroid more than[...] I had that for years and they couldn’t treat it. And it</p>	<p>Subkategorie gesamt: 33</p> <p>Fehlendes Wissen: 27</p>		

			<p>was like everything they are talking about the option „let's amputate“. I'm like „are you for real?“ „no“, they said „yeah“. And then I was going for treatment in one of these hospitals and they, so called specialist, she came to check me and said „Sorry I don't know what you have but this is not fibroid“, which prolonged my issues for years until I went to, by mistake, I went to another hospital. They were like „what are you doing about this fibroid“ I said but this woman said „it's not fibroid“ you understand? So I had suffered for years, I have been anemic and that time I went to that hospital it was just because I was almost bleeding to death. I was like, I barely crawled there, it wasn't in my jurisdiction. I didn't want to go to the other hospitals where they would tell me „come let's take it off“. So I went to the one that I heard, they used to work on it. So I went there I was really bleeding. I had like 40% blood left in me, I was pale. And then they admitted me and they were like „what do you want to do?“ „Do you want to operate?“. I said „I want it operated“. Only then, even they tried talking to me, I said „no, operate it“ And then they did the operation and I was fine. This was something I could have done many years back but someone said I didn't have it“ (FG09, T9_4, Pos. 101)</p>	<p>Dermatologi e: 6</p>
		<p>Morbus Mediterraneus (z. B. stereotype Zuschreibung „südländischer Übertreibung“)</p>	<p>„dass Pflegekräfte oder auch Ärzte oder Ärztinnen gar nicht dafür oder ja nicht sensibilisiert genug sind für diese Thematik, zu erkennen, wann nehme ich Patienten ernst, wann, ich weiß nicht, damals schon in meinem Bundesfreiwilligendienst habe ich von Morbus Mediterraneus gehört und da hatte ein Patient, der kam, glaube ich, aus der Türkei, Juckreiz, das war auf der Dermatologie, und er sagte 10 und es ist ja ein subjektives Empfinden, wir können Schmerzen nicht objektiv messen, also noch nicht so, dass wenn der oder Juckreiz an die Person sagt, ich fühle gerade, es ist eine 10 von 10, dann braucht er ja gerade Medizin und dass man dann sagt, nee, der kriegt es nicht, weil er kommt daher, würde ich dann auch schon als strukturellen, zum strukturellen Rassismus zu zählen.“ (FG02, T2_3, Pos. 30)</p> <p>„wir müssen ja bei der Ersteinschätzung auch mal Schmerzen einschätzen. Und das häufig Patient*innen relativ hohe Schmerzen angeben nach Eigenbefinden und eigentlich ist es ja auch der Goldstandard, das aufzuschreiben. Aus ressourcentechnischen Gründen wird das häufig nicht gemacht, sondern dann macht man doch eine Fremdeinschätzung und guckt sich die Patient*innen halt an. Und ich glaube, dass viele Kolleg*innen bei der Ersteinschätzung noch geprägt sind durch dieses Morbus Bosporus, in Anführungsstrichen, wo halt Menschen mit Migrationshintergrund, was bestimmt auch schwarzen Menschen unterstellt wird, dass sie halt Schmerzen besonders nach außen tragen und deswegen Schmerzen immer besonders stark verkörpern. Und dass dann die Fremdeinschätzung aus der</p>	<p>11</p>

			<p>pflegerischen Perspektive noch niedriger angesetzt wird als bei weißen Patient*innen.“ (FG11, T11_3, Pos. 18)</p> <p>„struktureller Rassismus, genau, fängt im Studium an, fängt mit auch Annahmen, die uns im Studium beigebracht werden, wie zum Beispiel, wie ist das Schmerzempfinden von nicht weißen Personen, da sind wir auch wieder beim Thema vom Anfang. Das ist ganz interessant, ne, eigentlich spricht man Menschen, die nicht weiß sind, zu, dass sie weniger Schmerzen erfahren, gleichzeitig sagt man, okay, wenn sie Schmerzen haben, dann stellen sie das übertrieben dar. Und das ist, also es ist ein bisschen paradox, finde ich, in der Annahme, weil, also sagen wir mal, ich wäre in dem rassistischen Mindset drin, und ich denke, Menschen, die nicht weiß sind, haben eine höhere Schmerztoleranz, wenn dann jemand präsentiert, dass die Schmerzen extrem sind, dann würde ich davon ausgehen, okay, die Schmerzen müssen richtig hoch sein“ (FG14, T14_1, Pos. 26)</p>	
	<p>Schutzkonzept</p>	<p>„Ich habe in einer Einheit gearbeitet, wo frisch Operierte sozusagen hochgekommen sind am Monitor. Und das war immer so ein Bereich, was dann eine Person dann quasi komplett übernommen hat. Und hatte einen jungen Patienten gehabt, bei dem, wann immer ich ins Zimmer gekommen bin, er weggeguckt hat und auch gar nicht die Kommunikation gesucht hat. Aber ich lasse die Menschen so sein, wie sie sind und mache meinen Job. Und im Nachhinein kam ich dann aus dem Zimmer an dem Tag und dann kam ein ärztlicher Kollege höher gestellt und war dann so, „es tut mir leid, dass Sie den betreuen müssen.“ Ich so „wieso?“ „Naja, das ist ein Nazi.“ Und dieser Mensch wurde am Thoraxbereich operiert, hatte groß und fett ein Tattoo drauf, der auf Nationalsozialismus hinweist. Ich zu der Zeit, unwissend, und ich war an dem Tag die einzige dunkelhäutige Kollegin, weder die Stationsleitung noch dieser besagte Mann, das wurde gar nicht im Team besprochen. Und im Nachhinein dachte ich mir so, wie unverantwortlich. Ich würde behaupten, dass meine Eltern etc. mich so weit vorbereitet haben, dass ich, wenn etwas von außen kommt, bei mir bleiben kann und weiß, dass es nichts an meinen Wert macht. Aber ich dachte mir so, es hätte auch andersherum sein können. Diese Person hätte wütend, aggressiv reagieren können. Da hätte jemand sein können, der einen Vorfall hatte und retraumatisiert worden ist.“ (FG02, T2_1, Pos. 12)</p>	<p>3</p>	
	<p>Fehlende Sensibilität / Fehlendes Bewusstsein</p>	<p>„Und als ich dann da saß bei der Ausbildungsabteilung, hatte ich gesagt, dass diese Person, ich hatte auch den Namen nicht, das Gesicht nicht, mich das N-Wort genannt hat. Und das erste war Nutte, [...] Genau, also sie hatte dann, also ihre erste Assoziation mit meinem Erscheinungsbild nicht das N-Wort war, weil sie dieses Problem gar nicht auf dem Schirm hat, fand ich auch ein bisschen erschreckend.“</p>	<p>29</p>	

			<p>Und dann ging das dann weiter und es wurde eine Illusion geschaffen von, die würden das ernst nehmen, die würden es bis zum Betriebsrat führen und so weiter. Und die würden auch eine Rundmail [...] verfassen. Und letztendlich, die einzige Rundmail, die verfasst wurde, war die dann der LGBTQ Community, dass sie dann die Flaggen geschickt hatten, dass es das Awareness Month gewesen wäre. Und was zur Antischwarzen Rassismus oder grundsätzlich Rassismus, weil dieses Krankenhaus sehr viele migrantische MitarbeiterInnen hat, gar nicht besprochen. Also für mich wurde das so, wurde so eine Illusion von, wir nehmen dich ernst geschaffen, aber mehr ist da auch nicht passiert." (FG02, T2_3, Pos. 14)</p> <p>"Struktur ist vielmehr ein Problem, was personalisiert werden muss. Es sind Menschen. Es sind die Menschen, die eigentlich richtig Weiterbildung brauchen, [...] dass die auch wirklich in ihrer Position so unbiased und offen für Veränderungen und für Verbesserungen sind, wie es sein muss." (FG03, T3_2, Z. 419)</p> <p>"Mein erster Gedanke war, wenn ich mir psychologische Hilfe suche, dann möchte ich, dass mein Psychologe oder meine Psychologin auch kulturell geschult sind, und eine bestimmte Sensibilität mitbringt. Und deswegen fallen für mich ganz, ganz viele Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen sowieso schon weg. Das bedeutet, ich habe viel weniger Möglichkeit, an psychologische Hilfe zu kommen. Deswegen, ja, als schwarze Person hier in Deutschland bin ich mehr eingeschränkt, einen passenden Therapieplatz für mich zu finden, weil viele Personen nicht geschult sind, was Interkulturalität angeht, und Rassismus-Sensibilität, auch was Behinderung angeht, nicht geschult sind." (FG06, T6_2, Pos. 39)</p>	
		<p>Minority Stress</p>	<p>3</p> <p>„ich versuche die ganze Zeit, auf die strukturelle Ebene zurückzukommen. Ich versuche das mal allgemeiner zu sagen, für mich sind es die Mechanismen, die uns beigebracht werden, die rassistisches Denken fördern, und das fängt im Studium an, das ist die Art und Weise, wie KollegInnen miteinander sprechen, auch über PatientInnen sprechen. Es ist auch, wie, wenn ich jetzt in einer mehrheitlich weißen Gruppe bin, an Gesundheitsdienstleistenden, wie dann über andere marginalisierte Personen gesprochen wird, ne, also es kann, entweder meine KollegInnen äußern sich rassistisch und ich sage so, „nee, so geht das nicht, das, was du gerade gesagt hast, ist rassistisch“, oder ich passe mich an und übernehme dann auch die Sprache. Das heißt, du wirst, also es gibt so eine Art „Peer Pressure“, was ich auch so als strukturelles Ding sehe, dass die Arbeitssituationen, die geschaffen werden, es ganz schwierig machen für eine Person, die betroffen ist, zu sagen, „nee, so geht das nicht, das müssen wir verändern“, sondern die eher das fördern, dass die Person nichts sagt, es für sich behält, mit sich selbst ausmachen muss. Genau, und</p>	

		<p>Migration/Asylpolitik</p>	<p>am Ende des Tages sich dann denkt, okay, ich hab mich jetzt nicht gewehrt, macht sich selber fertig und erfährt dann auch nochmal ne Marginalisierung dadurch. Also es ist „der gute Ausländer“ versus „die aktivistische marginalisierte Person“, die BIPOC-Person. Du kannst es nicht richtig machen. (FG14, T14_1, Pos. 27)</p> <p>„Also ich finde das allererste, was schon mal passieren sollte ist, dass die Anerkennung von, also zum Beispiel, ich hatte ein Beispiel von einem jungen Mann, der als Flüchtling herkam aus Afghanistan, der hatte sein Abitur hier mit 1.0 und sollte keine Aufenthaltsgenehmigung bekommen, wenn er nicht in die Pflege geht. Er wollte Medizin studieren, das hat man ihm aber verwehrt und dann hat man ihn gezwungen praktisch in die Pflegeausbildung zu gehen, sonst würde er keinen Aufenthaltstitel bekommen und das habe ich schon öfters gehört.“ (FG02, T2_2, Pos. 60)</p> <p>„Also es muss sich natürlich auch gesellschaftlich was ändern. Jetzt in Zeiten, wo die Migrationsdebatte so krass geführt wird wie seit langem nicht mehr, ist es glaube ich auch so, dass einfach das Wasser auf die Mühlen des Rassismus kippt. Und dass es maßgeblich wichtig ist, was auch im Bundestag geredet wird, was da irgendwie Platz findet und was nicht. Also das spiegelt sich ja dann auch irgendwie schnell in der Gesellschaft wieder. Also irgendwie eine humanere Politik würde glaube ich auch das Ganze beeinflussen. Positiv dann.“ (FG11, T11_3, Pos. 97)</p>	<p>3</p>	
	<p>Sozioökonomische Faktoren</p>	<p>„Ich würde auch sagen, dass unsere Startbedingungen auf jeden Fall immer anders sind. Ich persönlich komme aus einem Nicht-Akademiker-Heraushalt. Viele weiße Mitkommiliton*innen kommen aus einem akademischen Hintergrund. Und auch wenn sie keinen akademischen Hintergrund haben, haben sie trotzdem einen privilegierten Hintergrund als ich. Und das ist mir auch beim Lernen aufgefallen, zum Beispiel, was für Tools sie haben, ein Macbook, ein iPad, das hat man nicht auf dem Schirm, das ich das brauche. Aber dann kam der Peer-Pressure, und dann habe ich meinem Vater nach ein Macbook [gefragt?]. (lachen) Und so ist es auch nicht selbstverständlich. Und viele Sachen, die für sie selbstverständlich sind, waren für mich nicht selbstverständlich. Dass ich überhaupt in diesem Studium bin, war für mich nicht selbstverständlich gewesen.“ (FG03, T3_3, Pos. 29)</p> <p>„bei mir ist auch auf jeden Fall, in meinem Tätigkeitsfeld, der sozioökonomische Status. Also wenn [obdachlose, Anm. AH] Menschen von der Straße kommen, dann kommen die nicht ins Zimmer, weil innen auch direkt unterstellt wird, dass sie getrunken haben und randalieren würden und weiß ich nicht. Und ich habe das, glaube ich, nicht einmal miterlebt, dass das passiert ist. Also dass die randaliert</p>	<p>10</p>		

			<p>haben, das habe ich nie miterlebt. [...] Und auch wie schnell dann so eine Behandlung oder eine Erstanschätzung vorgenommen wird, ist dann auch durch den sozioökonomischen Status in dem Fall, spielt da mit rein. Also weil gerade heute Morgen kam ein Obdachloser, den wir auch schon kennen. Der ist dann tatsächlich ins Zimmer gekommen, weil wir wussten, der hat einen multiresistenten Keim. Aber der wurde dann halt später erst angeguckt, anstatt direkt. Ja, obwohl Kapazität da war.“ (FG11, T11_3, Pos. 60)</p>	
	<p>Zugang zu Informationen</p>	<p>2</p> <p>„das ist ein wichtiger Punkt, dass der Zugang, also die Hilfestellung ist, muss standardisierte Programme geben. Es gibt schon Theorien von Mentoring-Programmen, dass man sagt, es kommt eine Fachkraft nach Deutschland und kriegt eine Person zugeteilt und leitet sie an und leitet sie auch für all diese Anliegen an. Genauso wie in Menschen, die hier aufwachsen, aber nicht aus Akademikerhaushalten kommen, vielleicht einen Hintergrund haben, aus dem die Eltern eingewandert sind. Ich habe selber ein Stipendium bekommen und habe das, das war wirklich, ich habe sozusagen alle Anforderungen erfüllt, auch mit meinem Hintergrund, aber ich bin da auf Zufall drauf gestoßen. Ich wusste davon vorher nicht. Das Geld ist anscheinend da, aber der Zugang ist sehr schwer, dass man das an den entsprechenden Orten oder Stellen auch irgendwie anbietet. Davon wissen glaube ich viele nichts und das ist einfach nach wie vor auch eine Frage der Herkunft, nicht nur Nationalität, sondern auch sozioökonomisch, welchen Weg man einschlägt. Und das zieht sich durch. Ganz andere, also langes Studium, Psychotherapeufenausbildung ist teuer. (lachen) Es gibt das Geld, es gibt Stipendien, aber von denen weiß niemand. Und das ein bisschen mehr koordinieren, glaube ich, wäre wichtig.“ (FG04, T4_2, Pos. 50)</p>		
	<p>Tokenism</p>	<p>5</p> <p>Also ganz viele Unternehmen schmücken sich ja damit, dass sie sagen Diversity und haben auch eine Person, die für alles rund um Diversity zum Beispiel angestellt ist und als Ansprechpartner oder Ansprechpartnerin gilt und so was. Aber oft habe ich den Eindruck, ist das halt, und das ist meistens auch irgendwie neu, man muss das auch erst noch weiter ausbauen und so, aber manchmal ist das irgendwie nur wie so ein Token von wegen, wir haben ja eine Diversity-Ansprechperson und wir haben ja eine Person, die sich damit auseinandersetzt. Aber ja, ich weiß nicht ganz. (FG08, T8_1, Pos. 89)</p> <p>„Also allein, was ich vorhin schon genannt hab, dass im Personal also [unv.] mehr Schwarze Personen zu sehen sind. Dass es einen Schwarzen Arzt gibt, zum Beispiel. Mein Gott, ich habe in meiner ganzen Zeit, in der ich jetzt Einsätze hatte,</p>		

		<p>ein einziges Mal einen Schwarzen Arzt gesehen. [...] Nicht nur auf irgendwelchen Imagefotos. Ja, grundsätzlich.“ (FG10, T10_2, Pos. 77, 79)</p>	
	<p>Bevorzugung weißer Personen</p>	<p>„For me the definition of structural racism is when there are systems [unproceised?] but do not allow for example the advancement, the growth, the inclusion of patients, students, people of different race other than the traditional white people. I think that structural racism still exists in the context of students getting into medical training programs because still there is a system of preference. If there is a application here and there will be five white people my assumption from what I read what I had seen , chance says if they want three people they will maybe pick two people and then fill the quarter of diversity with one person not because they want this person to be there but because the tokenism system. So I think in the employment also equal in higher positions, there is still this barrier.“ (FG03, T3_4, Pos. 85)</p>	<p>8</p>
	<p>Unsicherheiten von weißen Personen</p>	<p>„Und es ist auch eine Sache, die ein Hindernis ist, dass die weißen Menschen Angst haben, über das Thema zu reden, weil ich habe Angst, einerseits, sich selber einzugestehen, vielleicht bin ich hier und da rassistisch, und zweitens aber auch, ich habe Angst, dich hier und da vielleicht zu verletzen oder wenn ich jetzt nicht das Richtige sage, und so weiter.“ (FG03, T3_2, Pos. 109)</p> <p>„Wobei ich auch glaube, dass das auch so ein Punkt ist, dieses mit Samthandschuhen anfassen, wie soll ich wie was sagen, löst, glaube ich, beim Gegenüber auch aus, dass das, das ist dann eine Form von Andersbehandlung. Also ich gehe ja dann wahrscheinlich mit jemandem, der schwarz ist, anders um, weil ich bloß nicht in ein Fettnäpchen treten will, was ich bei einer weißen Person nie so angehen würde, was ich glaube, was wiederum auch was auslöst. Also auch so eine Form von, warum macht die sich denn so Gedanken, ich bin ja genauso wie jeder andere auch und komme hierher und möchte das und das. Und ich glaube, dass das auch was auslösen kann, also auch diese Befürchtung vor, jemand redet sich um Kopf und Kragen und man spürt irgendwie, dass das da irgendwie, das ist irgendwie auch nicht so richtig echt oder vielleicht auch nicht so authentisch.“ (FG11, T11_2, Pos. 49)</p> <p>„bei mir sind das oft, hat das viel mit religiösen Normen zu tun, dass ich nicht weiß, welche Grenze ich jetzt gerade überschreite oder ob eine gewisse Form von Berührung in Ordnung ist oder ob das schon übergreifig ist. Und das heißt, dass ich, wenn ich mich selber immer hinterfragen muss, ist das jetzt in Ordnung, also diese Unmittelbarkeit, also dieses zum Beispiel, was jetzt in meinem oder unserem Kulturkreis oder in der Pflege eine ganz normale Reaktion ist, also jemandem die</p>	<p>5</p>

		<p>Unterschiede Qualifikationsstandards/Kompetenzniveau</p>	<p>Hand auf die Schulter zu legen, ist halt in einem anderen Kulturkreis schon eine gewisse Form von Übergriffigkeit.“ (FG11, T11_4, Pos. 78)</p> <p>„Das heißt, du machst als Krankenschwester die gleiche Arbeit mit den anderen, die hier die Ausbildung gemacht haben. Die gleiche Arbeit im Krankenhaus, die gleiche Stunden. Aber weil du irgendwie eine Anerkennung noch brauchst, oder irgendwann eine Kenntnisprüfung oder sowas brauchst, dann musst du niedrigen Gehaltshöchstbau haben, aber du machst in Realität die gleiche Arbeit. Der gleiche Kompetenzniveau und die gleichen Arbeitsstunden. Ich finde das ein bisschen schwierig, weil diese Leute müssen wie ein Automotor mehr Kraft haben. Kraft für die Extrabildung, für die Anerkennung, für die berufliche Akzeptanz und zwar neue Kraft für den täglichen beruflichen Alltag zu schaffen. Und warum muss man benachteiligt werden, wenn man diese Herausforderung erleben muss und zwar niedrige Einkommen bekommen muss. Das ist der erste Punkt. Lohn (FG04, T4_1, Pos. 39)</p>	<p>2</p>	
	<p>Hürden durch Bürokratie</p>	<p>„Der zweite Punkt ist die sogenannte Bürokratie im Rahmen einer Gleichwertigkeit, Anerkennung. Das betrifft mehr unsere Behörde und amtliche Beamter und Beamten. Ich habe mehrfach erlebt in meiner beruflichen Umgebung, zwei Leute, gleiche Klasse aus Istanbul zum Beispiel. Beide sind sogar verheiratet. Sie kommen aus Deutschland als ausländische Fachkräfte. Natürlich gleichzeitig haben sie mit den gleichen Sachmitarbeitern im Amt alle Unterlagen gelegt und verschiedene Ergebnisse bekommen. Entweder der Mann muss etwas nachholen und es gibt keinen vernünftigen Weg diese Voraussetzung zu erfüllen und er kämpft für Jahre und die Frau arbeitet. Gleiche Situation. Und dann müssen wir, weil wir immer noch Mängel haben bei der Arbeit und es wäre gut, wenn wir mehr Kraft haben, dann müssen wir auch Initiativ machen von der Leitung. Also dann eine nette Kollegin, weiße Kollegin, die ein Netzwerk hat, muss Rechtsanwalts-Aspekte und Netzwerk-Aspekte Druck an die Behörde machen. Können Sie erklären, was ist der Unterschied zwischen beiden? Beide haben das Gleiche vorgelegt. Warum ist einer benachteiligt? Manchmal ist es andersrum. Und dann kann man nicht sagen, ist das Geschlecht? Und es gibt verschiedene Interpretationen, gleiche Dokumente, gleiche Voraussetzungen. Verschiedene Interpretationen zwischen einem Beamten und einem anderen Beamten. Das heißt strukturell, die Leute, die nicht zu dieser Gesellschaft ursprünglich gehören, haben Diskriminierung.“ (FG04, T4_1, Pos. 39)</p>	<p>3</p>		

		<p>Historisch gewachsene/verankerte Strukturen</p>	<p>„I think it's something built in. It's not individual. So, it's not like you remove someone and then it changes. I think it's the way maybe I'm using the word structure again, the way the system has been built, the way the system runs. So, something that if you want to change, you have to, like, do a major resetting of that system. So, it's not just about, you know, coming and saying something, giving a decree. No, there's a major work that has to be done before improvements are noted.“ (FG09, T9_3, Pos. 38)</p> <p>„dass das Grundsystem schon so aufgebaut ist, dass man Leute mit Migrationshintergrund oder auch Schwarze Menschen benachteiligt und nicht nur benachteiligt, sondern auch sich immer, also wie sagt man, keine Ahnung wie man das genau sagen soll, aber dass man die systematisch ausgebeutet hat und so eine Grundstruktur von weniger Wert und also, ja, ich weiß nicht, wenn man Beispiele nehmen würde, dann lässt sich das ja in der Geschichte überall irgendwie zeigen, dass wir auch in der Medizin noch so viele Sachen haben, die damals aus der Kolonialzeit, die wir bis heute immer noch nicht angegangen sind und die nur aufgrund dessen, dass man Schwarze Menschen, Schwarze Körper ausgebeutet hat, möglich gemacht hat und das trotzdem aber immer noch weiterhin so ist“ (FG05, T5_2, Pos. 32)</p>	<p>8</p>
	<p>Politische Situation</p>	<p>„Ich weiß nicht, warum ich die Menschen überzeugen muss. Weil das ist eigentlich so eine gesellschaftliche Verantwortung. Und ich finde nicht, dass man diese... Also ich habe ganz häufig die Frage gekriegt, „ja, aber welche Legitimation haben wir, um das und das Thema zu bearbeiten?“ Ja, also wir sind Mitglieder dieser Gesellschaft und es geht um Chancen, Gerechtigkeit. Deshalb haben wir die Legitimation, das zu machen. Also das ist aber nicht selbstverständlich. Und ja, das ist häufig. Es geht um politische Befehle und man hat die Grünen und dann geht es und man hat dann vielleicht nicht die Grünen und geht es doch nicht. Also auch mit der Studie zur Diversität haben wir so Gegenwind von Akteurinnen und Akteuren, die andere politische Überzeugungen hatten. Und ja, es ist einfach traurig, wenn man als Forscher nicht die Arbeit vernünftig machen kann, nur weil es nicht mit der politischen Orientierung zusammenpasst.“ (FG07, T7_1, Pos. 19)</p>	<p>1</p>	
	<p>Zugang zu beruflicher Qualifikation</p>	<p>„das fängt ja damit schon an, dass man eigentlich auch mehr schwarze Personen im Studium bräuchte. Also da beginnt eigentlich die Frage, warum haben wir überhaupt so wenig schwarze Bewerber? Aber die sagen, eigentlich gerade Hamburg hat einen sehr hohen Populationsanteil von schwarzen Menschen. Da gibt es ja schon eine gewisse Diskrepanz, warum sich proportional so, so wenig für Studium bewerben und interessieren. Und dann zieht sich das halt durch. Genau, dann die Ausbildung, dann das Krankenhausleben. Auch da gibt es sicherlich strukturelle Hürden, die</p>	<p>8</p>	

<p>Versorgungsrealitäten</p>	<p>Diese Kategorie beschreibt die konkreten Auswirkungen rassistischer Diskriminierung auf den Zugang zu, die Nutzung von und die Qualität der Gesundheitsversorgung Schwarzer Menschen. Im Fokus stehen die erfahrbaren Konsequenzen struktureller und</p>	<p>Infragestellen von Kompetenzen</p>	<p>auch den Zugang in gewisse, gerade im universitären Umfeld, glaube ich, noch mal ein bisschen schwerer machen." (FG12, T12_1, Pos. 22)</p> <p>Das ein Teil, das auch damit zuzählt, ist zum Beispiel, wenn ich meine Berufsgruppe angucke. Und da geht es schon los. Wer entscheidet sich überhaupt, Psychologie zu studieren? Wie sind da überhaupt die Zugangsvoraussetzungen? Wer findet diese Studienfach überhaupt attraktiv? Für wen wird es attraktiv gemacht? Wer hat dann auch die Möglichkeiten, den langen Weg irgendwie durchzuziehen? Wer hat auch die Kapazitäten, das größtenteils im weißen System auszuhalten, bis zum Ende der Ausbildung? Wer entscheidet sich dann, auch in diesem System therapeutisch tätig zu sein? Ich würde denken, dass das auch damit reinführt, dass es einfach eine Ungleichheit gibt. Wer wird dann die Person in dem System?" (FG17, T17_1, Pos. 17)</p>	<p>1</p>	
		<p>-</p>	<p>„Thus when I realized that all of this was because he thought we were refugees. He just assumed that two black girls are refugees, and was treating her badly, and me badly by extension. The next day, even though she wasn't supposed to be discharged, they kicked her out of the hospital. I was supposed to come and pick her up, but they basically told her to leave. She had to walk by herself, bleeding and things, to the train station. Before I could get her.“ (FG06, T6_1, Pos. 10)</p>	<p>Gesamt: 22</p> <p>4</p>	
		<p>Zugang zur Gesundheitsversorgung</p>	<p>„ich habe auch so die Beobachtung machen dürfen, dass wenn Sprachbarrieren entstehen, dass dann auch schnell die Personen, die dann betroffen sind und vulnerable sind, als psychisch wieder instabil dargestellt werden und das macht dann wieder was mit der Person, dass man das Gefühl hat, nicht ernst genommen zu werden, obwohl da Schmerz ist, Leidensdruck ist und ich weiß jetzt nicht, ob das zu weit gedacht ist, ich finde aber auch die strukturelle Benachteiligung beginnt dann schon da, wo die Person dann alleine gelassen wird, über mehrere Jahre mit dem Leiden, nicht arbeiten kann, die Person vielleicht auch mitten im Integrationsprozess gewesen ist und dann auch nicht weiterkommt in seiner Entwicklung, aber von außen dann auch immer hört, ja, du musst dich mehr anstrengen, obwohl die Kraft gar nicht da ist, weil der Körper nicht mitmacht und strukturell auch in dem Sinne, dass das Körperliche dann auch so weit gehen kann, dass psychische Folgen wieder daraus entstehen, dass dann wieder auch Vertrauensverlust kommt und</p>	<p>7</p>	

<p>interpersoneller Diskriminierung für die gesundheitliche Versorgung – etwa in Form von eingeschränktem Zugang, unzureichender Behandlung, Misstrauen gegenüber dem System oder dem Rückzug aus medizinischen Angeboten.</p>	<p>Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten</p>	<p>wenn die Personen dann mit Unterstützung des Umfeldes, Communities dann doch wieder die Kraft finden, zurück ins Leben zu kommen, erst mal super krasse Hürden überwinden müssen, Vertrauen zu finden, wirklich Vertrauen zu finden und die Sicherheit zu haben, dass bei dem Arzt, wo ich jetzt bin, dass er mir helfen wird und ich nicht noch irgendwie, ja, denke, was für ein Medikament gibt er mir, das macht er das jetzt, um mir wieder zu schaden und das ist echt ein langwieriger Prozess, den man dann im Vergleich zu anderen Menschen, die keine Migrationsbiografie haben, halt das auch wieder erschwert, die Heilung.“ (FG02, T2_1, Pos. 31)</p> <p>„Ja, und sogar, dass sie zum Beispiel in einer Praxis, wenn man anruft. Wenn man den Namen nennt, dann sagen sie, „Wir nehmen keine weitere Patientin“. Also so auch weniger Zugang“ (FG07_T7_1; Pos. 13)</p>	<p>1</p>	
	<p>Kämpfen um adäquate Versorgung</p>	<p>„einer der wichtigsten Punkte für mich ist ja auch da zu sein für die Patienten. Da mache ich einen Unterschied, ich habe mir das so vorgenommen, wenn schwarze Patienten da sind, ich möchte die betreuen. Ich mache das sehr gerne, damit sie auch eine gute Erfahrung haben. Wie ich das schon vorher gesagt habe, schwarze Menschen gehen einfach nicht zu ihrem Krankenhaus. Das ist einfach so in unserem Kultur. Wir denken, wenn ich ins Krankenhaus gehen muss, dann schaffe ich das wirklich nicht. Wir sind nicht Menschen, die denken, ja ich habe mir Bauchschmerzen, ich gehe mal ins Krankenhaus. Ich kenne so viele, die sagen, auch beim Kopfschmerzen, ich trinke ja keine Tabletten, kein Schmerzmittel nehme ich nicht. Ich brauche das nicht. Deswegen denke ich immer, wenn einer da kommt, dann geht es wirklich. Etwas stimmt nicht. Dann wenn ich da gehe und das höre, dann kann ich das vielleicht für die deutschen Arzt oder deutschen Kollegen interpretieren.“ (FG13, T13_2, Pos. 64)</p> <p>„Sometimes also I think because some of them just have this perception that we are not smart. [...] I am gonna go back again, because my son's 'Kinderarzt'. My son has some developmental delays. As soon as I noticed that, I had to start doing things to help him. As soon as I started taking actions in my hands, not waiting for the kindergarten to take all the applications I go, I was always a step ahead. There was a time I went to meet him and tell him, "he's got delays in this area." He said, "no." And then what I will add, I had already done my own work. I had my written things. "This is what he can do. This is what he cannot do." I brought it out. And he looked at it. He looked at me. He looked at it. He asked me again, "where are you from again?" I said, I was from Nigeria. He said, "wow". He had to try to cover it up. He said, "well, it's not because you are from Nigeria, but you are just so different." I felt if it was a white person, he wouldn't say that. Why would he ask me where I was from at that</p>	<p>2</p>	

		<p>moment? I see that everywhere I take and try to advocate for my son because I am one step ahead. They look at me and they are like, "oh, are you from the US or something?" They feel because I am from Africa, I shouldn't be able to have that kind of knowledge or know what I am doing. It makes me feel like, "so you think all of us from Africa are dumb or what?" (FG01, T1_2, Pos. 18)</p> <p>"Especially where it has to do with colour, there are some health conditions that are peculiar with Africans. And I realise that sometimes when you go there, they just treat you that way and with their own experience. And I don't see them going to look for a solution for you as a black person. For example, a skin colour, you take, you go, a lot of people have issues with their skin and they still don't find a solution to it. You know, they go to the hospital, they have skin problems and the people are like, the doctor wasn't able to give me something that works for me. Here, I believe that if it was the other way around, they would have found a solution, probably done the study. In Germany, it's still very difficult for blacks to actually look for a very good skin doctor for themselves" (FG01_T1_2)</p> <p>"I had a surgery for myoma in Stuttgart, and it was one of the biggest hospitals there in Stuttgart. Very good, I got very good care. But then I know I asked the question like, oh, what causes this? And the doctor said, oh, you know, it affects Africans, so we don't study that here. And, you know, so they took the easiest way out, which was to remove the myoma. And I was very grateful that they did it. But then speaking with someone else when I came to Hamburg, they were like, oh, they didn't give you all the options that you needed. There are other treatment options. So that was, removing the myoma was the easiest thing they could do, and that was what they went for. And, you know, they told me they don't know about it, because it affects Africans. I mean, I understand. I understand, but I think they should do more. If it's affecting Africans, there are many African women here, and they should study it, so they can give better care to African women of childbearing age. [...] and there should be more options. There are better ways. Maybe not better ways, but at least let the patient know that we could do this, do this, do this. We can give you more options. Even like post-care, these are things you can do to preserve your fertility in case you want to have children in the future. These are things you could do. Nobody offered me that. It was like, yeah, we're done with the myoma, go on." (FG09_T9_3, Pos. 11, 13)</p>	5	
	<p>Verfügbarkeit adäquater Versorgung</p>	<p>„So that last year at first, well, because that was when she [wife of T1_3] just moved to Germany for years and then she didn't have insurance and everything. And of course she was sick and everything. And then the assistance called and they said,</p>	2	

			<p>we have to pay a bill [...] Not even like you'll give me one week or one month. Like it was due immediately. I think it was like 8,900 euros. And I'm like, how is that possible? I can't pay that kind of money. They said we have to pay. Okay. No idea. I started thinking, okay, I called my insurance. And then it was like, oh, my insurance should cover for, I don't know. She's my wife. And yeah, I called them and then they were telling me there's nothing I can do. I've not registered that yet. She's not registered and there's nothing they can do about it. They have to go pay it out of pocket. And then, I mean, I was at, I remember I was at work then. I was just all over the place. And my boss called me and said, what's going on? [...] So I just told her that, see, this is what's going on. And then she was like, "what? That's not normal. Like if you guys are legally married, then it should cover." And we're just going back and forth. So eventually the doctor called me.</p> <p>The doctor called me and then she said, what is going to happen that I have to pay that money before the end of that day. For real. (laughing) How am I going to get it? I can't find the money. And then she said, "okay, have you called the insurance?" I said, "yes." "What did the insurance say?" "They said, it's not possible. They can't have that." And then she was like, "but you have a legal insurance." I said, "yes." "What do you do?" I told her, I work. "And then you have, is it public or private?" She said, "it's public insurance." I said, "Okay, I'm going to call them now. And then we're going to have a conversation. Just let's hope that they accept and then we'll be fine. But if not, I'm sorry. There's nothing they can do." Then after an hour, they got [Dr. Name 1] back again and said, "oh, she has spoken with insurance and then they've, they asked me to bring you some documents and then they can cover it." Then I was wondering what happened. But I spoke with the same insurance. They said it's not possible." (FG01, T1_3, Pos. 52)</p>	<p>1</p>
		<p>Aufenthaltsstatus</p>	<p>„if one is sick I used to advise people, if you're sick and you are dying it's better to be deported than to die. Because yeah a friend of my husband's died recently because he was here, he was deported and then he came back. Went to Spain, got the documents in Spain and came back to Germany and was living here you know. And then he was caught and sent back to Spain. So he had this idea, „I'm not supposed to be here“. So, he was walking, I don't know how he sorted himself out but at some point he got sick. He was so afraid to go to the hospital and he had high blood pressure, God knows what and eventually he died. [...]</p> <p>I'm just saying that I would rather for me, because I was once illegal for like over a year. And I received treatment during this period how sometimes my friends would be like „you're so bold“. I said „no I would rather be deported than to die, I'm sorry“. So, when I needed treatment, I went for, I paid, I paid I was walking, so it was different. I could afford it, it was very very expensive. And now we're at the doctor's</p>	

Eigene Rolle	Haltung zur eigenen Rolle bei der Gestaltung eines diskriminierungsfreien Gesundheitssystems	-	<p>place that time, I'll pay sometimes up to 250 dimas, which is quite a lot, you know. But would I want to die because if it came to, that was what I told myself, if I had to be admitted and I'm faced with the option, do you want to go to prison or do you want to be deported. I would first of all go and get myself checked. (FG09, T9_4, Pos. 87, 92)</p> <p>"Ich finde, einer der wichtigsten Punkte für mich ist ja auch da zu sein für die Patienten. Da mache ich einen Unterschied, ich habe mir das so vorgenommen, wenn schwarze Patienten da sind, ich möchte die betreuen. Ich mache das sehr gerne, damit sie auch eine gute Erfahrung haben." (FG13_T13_2, Z. 368ff.)</p> <p>"Also ich glaube, wir haben eine sehr tragende Rolle, weil wir als weiße Personen ja einfach sehr viele Privilegien mitbringen, das ist ja immer eine Disbalance zwischen Privilegien haben und nicht haben. Und genau, dass wir deswegen eine tragende Rolle haben beim Abbau von Rassismus in der Gesundheitsversorgung." (FG11_T11_3, Pos. 54)</p>	<p>Gesamt: 123</p> <p>2</p>	
	<p>Verantwortungsübernahme</p> <ul style="list-style-type: none"> • ggü. anderen Schwarzen Personen • politisch/aktivistisch 	<p>„Die Rolle, die wir einnehmen möchten, oder uns wohlfühlen, glaube ich, also ich glaube, das ist immer eine sehr persönliche Frage, weil nicht jeder fühlt sich wohl in so einem Kontext, in dem man sich verletzlich macht, auch über seine eigene Rassismus-Erfahrung zu sprechen, und das dann auch irgendwie auf einer wissenschaftlichen Ebene oder in diesem Kontext einfach anzugehen, genau, und ich habe das Gefühl, irgendwie muss ich was machen, damit sich was ändert, aus diesem Grund tue ich das auch tatsächlich, und ja.“ (FG03_T3_3, Pos. 111)</p> <p>„If we try twice as hard as every other person and then we get the perception changed, it will just work for our kids and other generations that will be here.“ (FG01_T1_2, Pos. 35)</p> <p>„Das heißt, ich habe auch eine Verantwortung für alle, die nach mir kommen, leider, und das ist auch im Gesundheitswesen genauso, wenn, sagen wir, zwei, drei Schwarze Ärzte eingestellt werden und ich mache irgendeine Scheiße, dann sind die auf einmal mitgefangen, obwohl das gar nichts mit denen zu tun hat. Deswegen ist es dann leider schon so, dass man im Namen der Gruppe immer versuchen muss, so positiv wie möglich Fortschritt zu bringen, was auch oftmals Druck ist, weil man immer irgendwie überlegen muss, wie sage ich das jetzt, mache ich jetzt was, mache ich nichts, aber ja, das ist leider dann eine Rolle. Also ich glaube, um es zusammenzufassen, ich glaube, wir sind auf jeden Fall sinnbildlich an der Front, weil es sind so wenige.“ (FG03_T3_2, Pos. 114)</p>	<p>Gesamt: 37</p> <p>Verantwortungsübernahme (ohne Subkategorien): 27</p> <p>ggü. anderen Schwarzen Personen: 6</p> <p>politisch/aktivistisch: 4</p>	<p>Kodiert werden alle Textstellen, in denen Reflexionen, Einstellungen oder Vorstellungen zur eigenen Rolle, Verantwortung oder Handlungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit der Förderung eines diskriminierungsfreien Gesundheitssystems geäußert werden.</p>	

		<p>Wunsch, keine besondere Rolle übernehmen zu müssen</p>	<p>„also ich hoffe nicht, dass meine Existenz schon so auf eine Art politisch ist oder schon so ich weiß nicht, aktivistisch ist, das wäre halt schon ein bisschen, kann jeder so sehen, wie er möchte, weil ich möchte auch als normale Studentin einfach studieren und so das Leben haben, und ich weiß nicht, weil von meinen Kommiliton*innen, die weiß sind, ist deren Existenz in diesem System auch nicht politisch oder auf eine Weise bewegend. (lachen) Wieso muss meine Existenz extra bewegend sein? Ich weiß nicht, ich wünsche, also ich könnte normal studieren, ohne alles, aber ich glaube, ich hätte auch ein bisschen akzeptiert, dass man anders ist und eine Ausnahme ist in diesem System, das muss man auch anerkennen einfach, dass es nicht normal ist, dass Schwarze Menschen Psychologie studieren oder Medizin studieren in dieser Gesellschaft.“ (FG03, T3_3, Pos. 113)</p> <p>„I think it's both what can I do and also it shouldn't be me. It should be the whole healthcare system and not me. Because I am the person who needs help. So why should I do the work when I am already there for that.“ (FG06, T6_2_1, Pos. 79)</p>	<p>10</p>	
	<p>Gegenseitige Unterstützung</p>	<p>„it's a mindset thing that also we need to actually try to stick together and connect each other.“ (FG03, T3_2, Pos. 162)</p> <p>„also für mich ist der Weg immer besser, Leute zu ermächtigen, sich selbst zu helfen, anstatt jetzt zu sagen, ich muss jetzt die Schwarzen retten. Ich glaube, das ist gar nicht mein Job. Ich kann halt gucken, dass, also ich habe zum Beispiel in der Ausbildung geguckt, dass es ihr gut geht in erster Linie, wenn sie jemanden zum Reden braucht, kann sie mit mir reden. Aber ja, ich glaube, das Problem ist auch nicht gelöst, wenn ich jetzt sage, nee, ich regle das schon für dich, geh mal irgendwie weinen und ich kläre das jetzt, hier, lass sie in Ruhe, sondern ich habe versucht, sie zu pushen und irgendwie aufzubauen.“ (FG20, T20_3, Pos. 42)</p>	<p>7</p>	<p>7</p>	
	<p>Eigene Integrationsanstrengungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sprache 	<p>„They look at you the other way. It shouldn't be so. A lot of people are very educated in Africa and stuff but because especially in Germany they see that they don't need to do so much here to get money. So they just do a little bit for themselves. I think we should learn to give back to the society. When we give back to the society we will be</p>	<p>Subkategorie gesamt: 6</p> <p>Eigene Integrations</p>	<p>6</p>	

			<p>seen as a crucial part of the society not as a pest to them. We will be seen as something that is beneficial to them." (FG01, T1_2, Pos. 30)</p>	<p>anstrengung en: 4</p>
	<p>Positive Narrative</p>	<p>„The perception is already there because of the way you look. So it's until you open your mouth and tell the person you are speaking with who you are and what you stand for, they might actually not. They might just see you as every other person in the street. Because I'm sure even we ourselves, we go to the barn office, we see people like us and the way they are wasting away and it's easy for them to see you as every other person. They are just coming to mess up our streets and stuff like that. So I think it's good that we also sell ourselves a lot. We need to talk like she said the other time, when she brought this and that and then looking at you, this is not normal. This is not our experience. So even if you cannot speak whatever language, you sell yourself. You came from this, this is what you do, this is what you are doing. I think it also changes the perception a whole lot." (FG01, T1_3, Pos. 34)</p>	<p>Sprache: 2</p> <p>2</p>	
	<p>Netzwerk mit weißen/deutschen Personen</p>	<p>"The last thing I would like to add is maybe try to network with them. So don't just limit your contacts to just Africans, Nigerians, Ghanians. Try to talk to them and when you talk to them, be wary of what you say to them because it sticks to their head. When you give them this negative perception about where you come from, they kind of use that to judge people" (FG01, T1_1, Pos. 33)</p>	<p>4</p>	
	<p>Doppelte Anstrengung</p>	<p>"Another thing that we have to know as Africans is, unfortunately, it's sad, but we have to try twice as hard as every other person. If we try twice as hard as every other person and then we get the perception changed, it will just work for our kids and other generations that will be here. Sometimes we do it once and we are discouraged and think, oh, I don't think I want to go that way again. I speak with a lot of Africans here and they'll tell you, oh, I tried to work in the healthcare here and what they were asking me is too difficult. I don't think I can continue." (FG01, T1_2, Pos. 35)</p> <p>"Mein Vater, nigerianischer Background, 70er Jahre, hat letztendlich die gleichen Erfahrungen gemacht, die ich auch in der Uni gemacht habe. Und den Satz, den ich von ihm gelernt habe, streng dich mehr an. Also ich muss doppelt so gut sein und wenn ich nicht gut bin, dann geht es gleich unter Null." (FG04, T4_4, Pos. 32)</p>	<p>9</p>	

		<p>(Wissens)Vermittlung /Aufklärung/Sensibilisierung</p>	<p>„Also ich habe ein Beispiel auch aus der Dermatologie, [...] es gab einen Patienten, der kam aus Westafrika und der hatte Hautprobleme, Juckreiz, also die haben das als, es war psychosomatisch, beziehungsweise die hatten gemeint, es gäbe einen Grund, der Patient erzählt ja von irgendeinem spirituellen Kampf, was auf ihn, ja, so ein Fluch mäßig, was man auf ihn gelegt hat und die hatten gar kein Verständnis dafür, weil sie keine Berührung zu dieser Kultur hatten und ich war froh, dass ich da vermitteln konnte, dass er nicht psychotisch ist, es ist, man muss, also dass man unterscheiden muss und da mit seinem kulturellen Hintergrund er gerade nicht in der Psychose ist oder anfängt eine Schizophrenie zu entwickeln, sondern für ihn ist das real, weil seine Kultur, weil es kulturell bedingt ist, was er hat und dass er, auch wenn es psychosomatisch ist, er trotzdem physische oder körperlich-somatische Medizin braucht“ (FG02, T2_3, Pos. 33)</p>	<p>21</p>	
		<p>Sichtbarkeit schaffen</p>	<p>„dass man so ein bisschen Aufmerksamkeit auch auf das Thema lenkt. Weil ich glaube ganz viele sind natürlich auch so ein bisschen oblivious, weil sie sich nicht unbedingt mit dem Thema auseinandersetzen möchten, aber sehen sich dann halt ein Stück weit damit konfrontiert, dadurch dass sie zum Beispiel eine schwarze Studentin vor sich haben oder einen schwarzen Arzt oder Pflegekraft oder wie auch immer. Und das macht erstmal aufmerksam für die Personen, die vorher noch keine Berührungspunkte damit gehabt haben. Aber auch da wieder, dann wird irgendwie erwartet, dass man selbst dann Aufklärungsarbeit leistet. Und das ist auch on top.“ (FG08, T8_1, Pos. 60)</p> <p>„Also ich versuche in meiner Arbeit das Thema, also für das Thema „Diversity Advocacy“ zu machen. Und obwohl mein Arbeitsbereich in der medizinischen Ausbildung angesiedelt ist, ist es trotzdem sehr mit der Versorgung verbunden, weil wir letztendlich zum Beispiel Entscheidungen treffen, welche Kriterien genutzt werden, um die zukünftigen Gesundheitskräfte auszuwählen. Und also meine Bemühungen sind in dieser Richtung, dass wir mehr Repräsentanz unter Gesundheitskräften haben. Also Gesundheitskräfte, die die Gesellschaft widerspiegeln sozusagen. Und ja, es ist nicht einfach so für dieses Thema „Advocacy“ zu machen. Also man versucht so einen „Bottom-up-Approach“, aber wenn man kein Engagement hat hier auf dieser Ebene, der Top-Ebene an der Spitze, dann ist es tatsächlich schwierig. Auch wenn alles so evidenzbasiert ist und belegt ist.“ (FG07, T7_1, Pos. 17)</p> <p>„For me, I always push for more participation. If I had a child that was interested in studying medicine, I would do everything to support you to become a doctor and then I would tell you, „remember where you come from“, „you have to also take care</p>	<p>8</p>	

			<p>of your own people“, like „be the voice of your community in those places“. Because many times, I keep saying many of it is not intentional. If you've never worn a pair of shoes, you don't know how it feels. So, if the people who are making decisions of what would be in medical curriculum are all white people and they don't know what black people suffer or how they feel pain or whatever they will not take it serious. It takes like, you know, a black person there to say, „ah, this is also important“. So I think I would push for more participation.“ (FG09_T9_2, Pos. 55)</p> <p>„Als ich dann auch zum Beispiel angefangen habe, öfter in der Klinik zu arbeiten und so weiter und so, da habe ich dann auch einmal mit meiner Freundin geredet und ich meinte dann so, ja, also ich bin eigentlich nicht so politisch. Und da hat sie auch was Interessantes gesagt, dass das quasi allein schon politisch ist, dass ich in diesem System quasi als schwarze Person arbeite, wo viele Leute denken, okay, das ist eher für weiße Menschen vorgesehen und so weiter. Und ob ich das möchte oder nicht, da fängt das eigentlich schon an, als politisches Statement zu sagen, ja, ich bin auch hier, obwohl ich quasi über einen anderen Weg gehen musste sozusagen oder einen härteren Weg gehen musste im Vergleich zu Leuten, die dann irgendwie schon Eltern haben, die hier fest etablierte Freundeskreise und Geschäftspartner oder was weiß ich alles haben.“ (FG13, T13_1, Pos. 60)</p> <p>„auf individueller Ebene ist es ganz wichtig, auch zu sagen, wenn man keine Lust hat, muss man auch nicht aktivistisch sein, du musst dich auch nicht zwingen, etwas zu machen, wenn du einfach sagst, ich will studieren und Spaß haben und durchkommen, dann kannst du das auf jeden Fall“ (FG03, T3_2, Pos. 114)</p> <p>„Ich denke auf einem aktivem Level ist es glaube ich schon so, dass ich als Psychotherapeutin arbeiten möchte, weil ich Zugänge für Schwarze Personen oder von Rassismus betroffenen Personen erleichtern möchte. Also ich hoffe schon, dass ich dann irgendwie mehr Personen, ja, mehr Patient*innen nehmen kann oder überlegen kann, ok ich weiß diese Person hat vermutlich einen viel schwierigeren Zugang zu diesem Gesundheitssystem, deswegen gucke ich jetzt, was ich im System irgendwie machen kann, dass die Person zu mir kommt oder zu einer Kolleg*in, von der ich weiß, dass sie sich dessen bewusst ist. Also das ist schon, ja nicht mal hidden agenda, das ist schon der Grund, warum ich so das machen möchte.“ (FG03, T3_1, Pos. 125)</p> <p>„you can do everything right, basically, but if someone simply wants to deny you, like a human and a proper treatment, there's nothing you can do. (FG09, T9_2, Pos. 70)</p>	<p>4</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>2</p>	
		<p>Unfreiwillige Rollenübernahme / Erwartungsdruck</p> <p>Keine Rollenverpflichtung</p> <p>Berufliche Motivation</p> <p>Eingeschränkter Handlungsspielraum</p>			

			<p>„also ich glaube schon allein die Existenz als Schwarze Person mit einer chronischen Erkrankung sorgt irgendwie dafür, aber man hat halt wenig Spielraum. Also eine große Rolle kann man irgendwie, also ich empfinde das immer als sehr, wenn ich mich in der Rolle der Patientin dann wieder finde, immer sehr ohnmächtig. Also als hätte ich, also ich würde mich lieber konzentrieren jetzt, wenn ich mein Studium fertig habe, da Möglichkeiten zu haben oder Spielraum zu haben, diskriminierungsfreier Gesundheitszugang oder sowas zu ermöglichen, aber als Patientin empfinde ich es immer sehr, also man ist einfach sehr eingeschränkt.“ (FG05, T5_1, Pos. 42)</p>	
		Sicherheit schaffen	<p>„Vielleicht auch nochmal für diese therapeutische Sicht. Also es ist total tragend, [...] dass auch der Raum, in dem sich ein Patient bei mir öffnet, frei ist von Diskriminierung. Dass der sich so zeigen kann, wie er ist und das wird er vielleicht am Anfang noch nicht. Aber ich glaube, mein Anspruch ist, dass ich irgendwie einen Raum schaffen kann, dass der Patient sich so gesehen fühlt, wie er auch die Welt sieht. Das ist schwierig, das wird auch nicht gelingen, aber dass so diese Möglichkeit besteht, in diesem Raum, den ich da schaffe, dass wenigstens der frei ist von Diskriminierung. Also dann ist es wenigstens ein Raum, in dem der Patient irgendwie eine positive Erfahrung machen kann. Das ist so das, was mein Wunsch ist und deshalb auch sehr tragend, weil ich möchte, dass eben auch schwarze Patienten zu mir kommen, weil ich mir vorstellen kann, dass die vielleicht denken, dass auch unsere Privilegien erstens nicht so ganz uns bewusst sind, wir die nicht so parat haben und dass vielleicht auch einfach das Verständnis nicht da ist für bestimmte alltagsrassistische Situationen, so dass irgendwie so der Anspruch wäre und auch eine sehr tragende Rolle und Verantwortung da ist.“ (FG11, T11_2, Pos. 57)</p>	2
		Vorbild sein	<p>„Und dass man auch selber darauf achtet, wie man spricht. Also man kann ja oft schnell das so nachmachen und da reinrutschen, dass man selber so ein bisschen anders redet, als wenn man eigentlich reden würde. Dass man auch auf sich selbst achtet und sich klar macht, dass es eine qualifizierte Person ist.“ (FG20, T20_2, Pos. 44)</p>	1
		Empowerment/Ermächtigung	<p>„also für mich ist der Weg immer besser, Leute zu ermächtigen, sich selbst zu helfen, anstatt jetzt zu sagen, ich muss jetzt die Schwarzen retten. Ich glaube, das ist gar nicht mein Job. Ich kann halt gucken, dass, also ich habe zum Beispiel in der Ausbildung geguckt, dass es ihr gut geht in erster Linie, wenn sie jemanden zum Reden braucht, kann sie mit mir reden. Aber ja, ich glaube, das Problem ist auch nicht gelöst, wenn ich jetzt sage, nee, ich regle das schon für dich, geh mal irgendwie weinen und ich kläre das jetzt, hier, lass sie in Ruhe, sondern ich habe</p>	1

			<p>versucht, sie zu pushen und irgendwie aufzubauen. Aber ich glaube, das könnten Schwarze wahrscheinlich noch besser als ich irgendwie, die wirklich verstehen, was sie durchmacht. Ich kann ja auch nur sagen, als Freundin tut sie mir jetzt leid und das ist schlimm, was passiert und ich finde es auch nicht gut. Aber ich glaube halt, man bräuchte Leute, die wirklich verstehen, was sie durchmacht, die sie unterstützen könnten.“ (FG20, T20_3, Pos. 42)</p>	2	
<p>Interaktion Gesundheitspersonal – Patient:innen</p>	<p>Wahrnehmung von Interaktionen zwischen Schwarzem Gesundheitspersonal und weißen Patient:innen und umgekehrt sowie Erzählungen zu Herausforderungen und positiven Erfahrungen.</p>	<p>Offen ansprechen / In Situationen einschreiten</p>	<p>„als Patientin, dass man, ich weiß nicht, vielleicht, wenn man jetzt sehen sollte an der, an diesem Eingangsbereich vom Arzt, wo die Arzthelfer, wo man die Karte abgibt und so, wenn man dann sieht, dass Leute da, rassistisch beleidigt werden oder irgendwas, dass man dann einschreitet und sagt, hey, Moment, was soll das so, lass das doch mal sein, ja, das wäre jetzt so die erste Idee, die ich da hätte.“ (FG21, T21_2, Pos. 34)</p> <p>„da war eine Patientin, neu, und ich gehe in ihr Zimmer und die guckt mich mit ihren Augen einfach nur so an. So, Augen weit offen, ganze Zeit, sie hat nicht einmal geblinzelt, Luft angehalten, alles. (lachen) Und ich war ihre Mitbetnachbarin am Versorgen gerade, hab mich dann nochmal umgedreht zugeguckt und sie guckt mich weiter an und dann sehe ich in der Ecke, The Book of Mormon. Ich hab gesagt, „oh, I am in danger“. (lachen) So, und dann bin ich rausgegangen und zu dem Zeitpunkt, ich bin frisch 18 geworden und ich meinte zu meiner Stationsleitung, weil die hatte auch ein, stimmt, die hatte so ein Küchenmesser in der Hand die ganze Zeit, als ich reingekommen bin. Und sie hat dann auch geklingelt und ich hab dann meiner Stationsleitung gesagt, bitte kann ich tauschen? Ich will das Zimmer nicht mehr haben. Und dann auch versucht zu erklären. Die war dann so, was ist das Buch von Mormonen und so, hab ich ihr dann versucht zu erklären. In der Vergangenheit, viele schwarze Menschen in Amerika wurden von den Mormonen auch umgebracht und so weiter und so fort. Und man sieht die als Kinder der Dämonen und so weiter und so fort. Und die meinte dann einfach nur zu mir, ich bitte dich, das ist eine 80-jährige Frau, du bist ein 18-jähriger junger Mann, du wirst dich schon verteidigen, wenn etwas ist. So, genau. Das heißt, ich musste auf jeden Fall in das Zimmer und ja, Gott sei Dank hab ich mich irgendwann mit der Frau angefreundet“ (FG03, T3_2, Pos. 61)</p>	<p>Gesamt: 153</p> <p>8</p>	<p>Kodiert werden alle Textstellen, in denen Interaktionen oder Beziehungen zwischen Schwarzem Gesundheitspersona l und weißen Patient:innen oder umgekehrt beschrieben oder bewertet werden. Dies kann sowohl Erzählungen zu negativen Erlebnissen und Herausforderungen als auch zu positiven Erfahrungen umfassen.</p>
		<p>Unfreundlicher Umgang</p>	<p>„Also, ich arbeite jetzt in Deutschland seit ungefähr zweieinhalb Jahren und ich bin ja in zwei verschiedenen Standorte gewesen. Einmal im Krankenhaus und das zweite Mal eher in der Praxis. Und in der Praxis siehst du einfach dieselben Menschen ein paar Mal. Im Krankenhaus vielleicht nur einmal im Leben. Das hat auch seine Vorteile. Aber wenn jemand regelmäßig kommt und da merkst du, okay, wenn die</p>	11	

			<p>Person hier ist, die ist immer irritiert. Aber wenn jemand anders da steht, dann ist sie freundlich. Vor kurzem habe ich einem Patienten begegnet und sie war voll unfreundlich und sehr anstrengend. Das will ich haben. Das und das muss ich machen. Das mache ich nicht mit. Und da habe ich gedacht, also das ist ja eine merkwürdige Frau. Weil ich möchte mich auch nicht immer victimisieren. Es gibt ja auch Menschen, die nicht höflich sind. Und ich denke nicht immer, dass jeder, der unfreundlich ist, rassistisch ist. Aber wenn jemand anders da steht und dann merkst du, okay, die Frau ist Deutsche und zu der Deutschen ist sie immer freundlich und höflich. Und wenn die asiatische Kollegin da steht, dann ist sie auch genauso sauer. Aber dann merkst du, es geht ja nicht, weil ich kein Arzt bin. Es geht einfach nur, weil ich schwarz bin. Ich bin nicht deutsch. Das ist ihr Problem.“ (FG13, T13_2, Pos. 11)</p> <p>„He was just not friendly. He was like, he didn't want to listen to what I had to say from the moment he saw me till he left. I saw him with other people there because I had seen him come inside and attend to some people or talk to them and even see them off to the reception the first time. Then I was left in the consultation room and left. I felt that was one of my worst experience ever because I was left there and I was just looking. I felt like I was not a human being at that moment.“ (FG01, T1_2, Pos. 16)</p>	<p>11</p>
		<p>Stereotype bzgl. beruflicher Position</p>	<p>„I think most people, when you meet people for example in a setting or let's say in nursing, people will always assume that okay, black people are not doctors or are not anything else, are not leaders in the institutions and I have nothing against nursing. And I have nothing against Krankenpflege or Altenpflege. But we are all somehow grouped here in this Krankenpflege und Altenpflege. So I think that's a stereotype that most people have.“ (FG03, T3_4, Pos. 67)</p> <p>„Ich finde es einfach krass, dass du gesagt hast, ja, die haben sich gewundert, warum bist du nicht der Person, der was zu essen bringt oder Servicekraft oder so was ähnliches oder der Putzmann bist. Das habe ich auch ziemlich oft erfahren und das Allerbeste, es kommt ja nicht nur von den Deutschen oder nicht nur die Weißen. Es kommt auch von anderen Ausländern. Einfach, du bist direkt angesprochen. Als ich nach Deutschland gekommen bin, habe ich ja mein Studium direkt beendet und da habe ich direkt hospitiert. Und diesen Blick, du bist, warum läufst du mir die Ärzte? Irgendwas stimmt nicht. Dann kommt die ganze Frage, „warum bist du hier? Wieso?“ „Achso.“ Und dann, als ich dann gewechselt habe, weil es ging ja nicht anders, dann musste ich was anderes machen, da habe ich in der Pflege gearbeitet. Das war dann normal. Da hat man gemerkt, es wird so leicht akzeptiert. Du wirst sofort Schwester genannt und sehr oft auch eine Putzfrau gedacht. Ja, du läufst rein</p>	

		<p>Infragestellen von Kompetenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen Schwarzer Fachkräfte im Gesundheitswesen • Erfahrungen Schwarzer Patient:innen 	<p>mit deiner deutschen Kollegen, sie ist direkt angesprochen und keiner spricht dich an. Warum? Du bist ja die Putzkraft. Du kommst um hier zu putzen. Ich kann dich nicht fragen oder dich sagen, dass ich Schmerzen habe. Das interessiert dich nicht. Aber ich hätte gerne Wasser, bitte. Oder wann gibt es hier was zu essen? Ich muss aufs Klo. Ja, dafür bist du der Ansprechpartner. Und das auch von Kollegen.“ (FG13, T13_2, Pos. 15)</p> <p>“Aber ganz oft habe ich auch die Erfahrung gemacht, dass das nicht erwartet wird. Und vor allem, wenn man sich dann als Studentin vorstellt, dass dann trotzdem irgendwie gesagt wird, „ja Schwester, können Sie nicht das und das machen.“ Oder dass man einfach nicht mit demselben Respekt begegnet wird wie eine Person in derselben Position, aber mit einer anderen Hautfarbe. (FG08, T8_1, Pos. 28)</p> <p>“das ist auch damals irgendwie mal als Beispiel begegnet, dass jemand gedacht hat, dass ich eine Reinigungskraft gewesen wäre, obwohl ich die zuständige Auszubildende gerade in dem Falle war.“ (FG10, T10_1, Pos. 15)</p> <p>“ich habe auch das Gefühl, dass mir wenig Kompetenz zugeschrieben wird. Und ich hatte einen Dienst auf der Onkologie gehabt, und habe da mit anderen Medizinstudenten auch Blut abgenommen. Und die Patienten haben die weißen Medizinstudenten vorgezogen, weil sie dachten, sie können dann besser Blut abnehmen, obwohl ich letztendlich immer helfen musste. Ich habe wirklich Erfahrung damit und hat mich immer so frustriert. Und auch, dass die Patienten immer gesagt haben, ‘kannst du das überhaupt?’ Oder ‘können das die Jungs nicht machen?’ “ (FG03_T3_3: Z. Pos. 14)</p> <p>“mit dem Fachwissen, dass das oft auch hinterfragt wird. Ähm, gerade wenn ich irgendwie irgendwas sage, dass die dann oft auch so natürlich, auf der einen Seite war ich damals ja als Auszubildende auch irgendwie im Stationsalltag präsent und dann fragt man vielleicht dann eher nochmal die Examinierete Pflegekraft, oder bei der fragt man halt nach. Gleichzeitig waren es ja einfach so simple Dinge wie bei einer subkutanen Injektion, wo man eigentlich gar nicht so viel Info braucht, um den Patientinnen eigentlich das Wissen zu vermitteln und dass dann das immer auch schon hinterfragt worden ist. Und das ist so das, was mir immer sehr präsent aus der Ausbildung noch geblieben ist. Und was dann auch oft im Alltag, gerade mit Patientinnen oder auch tatsächlich den Chefärzten auch irgendwann mal kam, ist, dass dann diese klassische Aussage ja immer kam von wegen sie sprechen ja ganz gut Deutsch. Und man sich so denkt, ja klar, aber.. (FG10, T10_1, Pos. 9)</p>	<p>Subkategorie gesamt: 32</p> <p>Allgemein: 3</p> <p>Fachkräfte: 24</p> <p>Patient:innen: 5</p>
--	--	---	--	--

		<p>Sprachbarrieren</p>	<p>„Maybe because I wasn't speaking English or my German wasn't that fluent. I actually tried to speak German, but I noticed she couldn't speak English so well. I tried to speak the little German I understood, but she was being cranky and telling me that if I don't have anything else to do, I should just step out so that she can attend to other people. But for her to listen to this German lady that called on the phone, she was not even there in person. She had to call me back and attended to me. I found it really, really weird and strange.“ (FG01, T1_1, Pos. 8)</p> <p>„Sprachliche Barrieren in dem Fall. [...] Ich beschreibe mal die Situation. Die ist mir auch selber passiert. Das war auf einer Station. Und ich hatte die Aufgabe bekommen, einem Patienten mitzuteilen, dass er sich dort bitte vorne ins Arztzimmer setzen sollte. Und in diesem Fall, glaube ich, sprach der Patient nur, also kein Deutsch und sehr wenig Englisch. Und ich hatte ihn dann versucht, auf Englisch zu erklären, dass er sich dort vorne hinsetzen sollte. Und das hat er wohl so falsch verstanden, dass er mir daraufhin mit Schlägen gedroht hat. Und, ja, das waren so Situationen, wo ich dann so ein bisschen, sag ich mal, schockiert auf jeden Fall war. Und ich dementsprechend dann zu einer Kollegin auf der Station gelaufen oder gegangen bin in dem Fall, und nach Hilfe gefragt habe. Weil ich halt selber nicht wusste, was ich in dem Fall machen sollte. [...] die Kollegin, die ich dann daraufhin angesprochen hatte, sie ging dann zu ihm und hat versucht, ihm es dann ruhig zu erklären. Und da hat er es dann wohl doch ein bisschen besser verstanden. Im Nachhinein kam dann auch ein Dolmetscher noch mal und hat das dann noch mal erklärt. Da hatte ich jetzt, also ich glaube, in diesem Fall hatte ich keine negativen oder bösen Gedanken, dass er mich persönlich jetzt irgendwie nicht verstanden hätte. Sondern ich glaube, da in dem Fall ging es auch generell darum, dass ich mich nicht richtig, oder es einfach zu einem Missverständnis kam. Und der Patient mich nicht richtig verstanden hat.“ (T10_2, Pos. 36, 42)</p> <p>„Ich habe den Eindruck, dass Patienten, wo eine sprachliche Barriere zwischen ihnen und dem behandelnden Personal besteht, in gewisser Weise, das ist vielleicht harsch ausgedrückt, aber eine schlechtere Medizin erfahren. Und ich hatte einmal auch wieder im Pflegepraktikum einen Patienten, der dieselbe Herkunft hatte wie ich. Und da hieß es ganz lange, ja, mit dem kann man sich nicht so gut unterhalten, weil wir keine dolmetschende Person haben. Und dann hatte ich den Namen gesehen und habe gedacht, oh, könnte sein, dass es irgendwie... Und bin dann zu dem Patienten gegangen und habe dann festgestellt, ah, okay, wir sprechen dieselbe Sprache. Und der sprach aber auch fließend Englisch. Aber das ganze Personal sprach scheinbar, eigentlich schon, aber ich wollte es halt gar nicht erst versuchen, so ungefähr, halt kein Englisch. Und dann wurde ich immer dazu gezoogen, um so</p>	<p>18</p>	
--	--	------------------------	--	-----------	--

		<p>ärztliche Untersuchungen und sowas zu übersetzen. Aber ich spreche das auch nur gebrochen in Stücken und habe auch mit Englisch dann ausgeholfen und habe das irgendwie so versucht. Und hatte zu dem Zeitpunkt auch nicht wirklich einen medizinischen Hintergrund. Das heißt, das ist ohnehin fraglich, ob das dann rechtswirksam ist, wenn man dann danach eine Aufklärung unterschreibt und so. Aber es wird dann einfach so hingenommen. Und ich habe das Gefühl gehabt, dass sich gar nicht bemüht wurde, um irgendwie einen staatlich zertifizierten Dolmetscher oder Dolmetscherin anzuschaffen und dann irgendwie da die richtigen Schritte quasi einzugehen, sondern das war so, ja, das passt und dann machen wir das. Und ganz oft wird es, wenn ein Patient, und das kennt man ja auch in der Übergabe und sowas mit, dass sobald jemand, wenn eine sprachliche Barriere herrscht, das versucht wird, so wenig wie möglich mit dem Patienten oder der Patientin in Kontakt zu treten. Und einfach die Mühe, die dahinter, es ist ja nicht so, als würden die Ressourcen immer fehlen. Es gibt bestimmt auch dolmetschende Personen, die diese Sprache übersetzen würden oder könnten. Aber es wird einfach nicht gesucht, sozusagen. Das heißt, immer wenn da irgendwie eine sprachliche Barriere erahnt wird, hat das schon Auswirkungen darauf, wie Patienten auch ‚perceived‘ werden vom Personal. (FG08, T8_1, Pos. 36)</p>	
	<p>Machtverhältnisse</p>	<p>9</p> <p>„Und auch wenn ich Ärzten etwas erklären musste, gerade wenn es sehr honorierte Ärzte waren, die schon sehr erfahren waren, in einem krassen Machtverhältnis standen und viel Prestige hatten. Wenn ich denen dann irgendwas erklären musste, dadurch, dass ich eine sehr seltene Erkrankung habe, die den meisten Ärzten nie begegnet [...]. Und dann muss ich zwangsläufig ihnen etwas erklären, also es geht gar nicht anders, ob ich das möchte oder nicht. Und dann gibt es da ganz viele krasse Unterschiede in der Reaktion. Es gibt Ärzte, die sind dafür sehr dankbar und sagen, boah, das ist super spannend, ich habe noch nie jemanden mit der Erkrankung kennengelernt, dann geben sie das offen zu. Es gibt aber auch Ärzte, die werden dadurch sehr schnell sehr aggressiv und möchten sich von mir nichts sagen lassen und sich nichts erklären lassen und sind der Meinung, sie wissen es besser, obwohl sie ja noch nie einem Menschen mit dieser Erkrankung begegnet sind. Und da bin ich mir sicher, dass das dann auch wieder damit zusammenhängt, dass ich eine jüngere und Schwarze Frau bin. Und da kommen auf jeden Fall alle Aspekte zusammen und nicht einfach nur die Hautfarbe.“ (FG05, T5_1, Pos. 44)</p>	
	<p>Kommunikation</p>	<p>17</p> <p>„Ein Patient hat mir gesagt, also, ich freue mich, dass du hier bist. Du hilfst mich einfach, du erklärst mir die Sachen. Und ich verstehe das auch, dass nicht jeder genauso schlau wie der Nächste ist. Manche brauchen ein bisschen Zeit, um das zu verstehen. Wir arbeiten mit sehr sensiblen Themen. Es ist nicht so, dass du sagst,</p>	

		<p>ja, okay, sie haben Krebs. Und er sagt, ja, toll, was machen wir weiter? Der andere muss das verarbeiten. [00:19:49] Und du musst einfach mit Menschen umgehen, wie der Person, der vor dir steht. Aber das ist nicht immer so oft. Und dann denke ich, okay, die weiße Patientin kommt einfach manchmal und sagt, ja, sie hat mich nicht verstanden, weil sie kein gut Deutsch sprechen kann. Gibt es überhaupt jemanden, der hier Deutsch spricht oder versteht? Und dann denke ich, ich habe ihn verstanden. Ich finde ihn nur bescheuert. Aber ich muss weiter arbeiten, deswegen machen wir das langsam. (FG13, T13_2, Pos. 27)</p> <p>„Bei mir ist Deutsch meine Muttersprache. Darum kriege ich mit, wie positiv die Reaktionen von den Patienten sind. Dass sie sich über die Sprache abgeholt fühlen. Und dann denke ich aber auch, dass das Gesundheitswesen sehr heterogen ist. Von der Psychotherapie über, ist das Geriatrie [...]? Das ist natürlich viel kommunikativer. Da kommt es viel mehr auf die Sprache an und auf diese Soft Skills als in einem operativen Fach. Wo die Patienten eher das Ergebnis wertschätzen von einer Operation. Das sind Code-Wörter, die auch in Kollegium fallen. Da merkt man, dass die Sprache wichtig ist, aber die Herkunft nicht so wichtig ist. Da merke ich, dass das Ergebnis viel mehr betrachtet wird. Oder deine handwerklichen Skills. Aber die Sprache nicht das Primäre ist.“ (FG04, T4_2, Pos. 27)</p> <p>„Und dann von mir selber, dass ich zum Teil, wenn Angehörige kamen von schwarzen Kindern, die ich noch nicht kannte, dass ich mich dabei erappt habe, so zwei, drei Mal, dass ich die auf Englisch begrüßt habe und nicht auf Deutsch. Und das ist so von der Lampe angegangen zwar und dann habe ich umgeschwenkt, aber so zwei, drei Mal ist mir das passiert und dann dachte ich, genau, das fällt so in diese ne, und dann habe ich, genau, ist mir das nochmal sehr bewusst geworden und dann habe ich das wirklich aktiv vermieden und so.“ (FG11, T11_4, Pos. 8)</p>	<p>7</p>
	<p>Generationenunterschiede</p>	<p>„Und die direkt, ich habe einen 95-jährigen Patienten aufgenommen von anderer Station. Er hatte Hüft-Tap Operation gehabt und er kam zu mir jetzt für full rehabilitative Komplexbehandlung. Und im Rahmen einer Aufnahme, ich habe den Patienten begrüßt. „Was machst du hier?“ Sofort hat er geduzt und gefragt direkt, „was machst du hier?“ „Inwiefern meinen Sie?“ „Naja, du bist schwarz, was machst du hier?“ „Ich bin eigentlich ihr neuer Stationsarzt“ und „Uff, das verstehe ich nicht. Kannst du bitte einen deutschen Arzt holen? Ich möchte vernünftige Arbeit, Behandlung herbekommen.“ Ich habe gesagt, „wissen sie was? Ich bin eigentlich der Facharzt für diese Station und zwar ich bin auch deutsch.“ Und „Ok, naja, was wollen sie?“ Und ich habe die Aufnahme angefangen. Dann dazwischen kam eine Physiotherapeutin, nur erstmal zu checken, ob das Zimmer frei ist. Und sofort hat er</p>	

		<p>gefragt, „Oh ja ja komm komm, ist der wirklich Arzt, echt?“ Und hat gesagt, „Ja, das ist unser Stationsarzt. Bitte hören Sie zu, was er sagt. Ich komme wieder später.“ Und dann hat er sich beruhigt und ich habe die Untersuchung durchgemacht. Aber in der Vordiagnose es steht dementielle Entwicklung. Er ist 95. Das ist eine Generation, dass ich weiß, die Äußerung von diesen Leuten, schwarz zu bedienen, ganz klar zu sagen, im Rahmen einer sozialen Stufe, dass du nicht auf meinem Niveau bist, ist ganz leicht für diese Leute, die vor dem Zweiten Weltkrieg geboren sind und diese Generation erlebt haben. Insofern, ich habe auch ganz niedrig. Ich weiß, er war in einer völlig luciden Phase. Aber weil ich denke, das ist der erste Kontakt, ich möchte, dass er sich gut fühle in meiner Abteilung, er soll gut ankommen, ich habe nicht eskaliert.“ (FG04, T4_1, Pos. 7)</p> <p>„Wir sind in Norddeutschland. Es gibt die sogenannte Plattdeutsch. Ich kann normale Hochdeutsch mit allen medizinischen Begriffen mein Patient behandeln. Aber das reicht nicht. Manchmal, besonders mit Senioren. Die sprechen zu Hause Plattdeutsch. Die haben so viele Sprichworte zu äußern. Und dann verstehe ich nur Bahnhof, wenn die Erklärung auf Plattdeutsch ist oder es ist immer mit einem Sprichwort, das ich noch nie gehört habe.“ (FG04, T4_1, Pos. 24)</p>	
	<p>Ausgefragt werden</p>	<p>„Some of them still keep asking you questions about you being black. Do you people have this? Do you people have that? Is that, you know, I don't feel the effects of that. I mean, truthfully, because they still, every, almost every healthcare practitioner I meet still treats you like you are a subject. They have to study to know something. Yeah, so they don't act like they already have a pre-knowledge of a black person, so to say. Except for the ones that will say, oh, I went to Africa for a year. I lived in Africa for a year. I went for, those are the only ones. But those ones that don't really talk about it, they then begin to ask you questions like, they've never seen a black person before.“ (FG01, T1_2, Pos. 65)</p> <p>„Oder was für mich herausfordernd gewesen ist im Alltag, auch damals in der Ausbildung, wenn ich im Kontakt mit den weißen Patientinnen stand. Und entweder diese klassische Frage dann kam, woher auch die Wurzeln sind. Und ich aber so in einem Konflikt war, weil ich eigentlich dachte, ich möchte Ihnen das eigentlich gar nicht gerade erzählen. Aber dann irgendwie jetzt mich zu verschließen und sagen, so das geht Sie nichts an, und dann als unhöflich abgestempelt zu werden. Da habe ich mich oft immer wiedergefunden in solchen Situationen. Aber das ist auch das, was mir immer so signifikant in meinen Erinnerungen geblieben ist.“ (FG10, T10_1, Pos. 30)</p>	<p>5</p>

		<p>Fehlendes Wissen</p>	<p>„Genau und was auch mir immer wieder aufgefallen ist, ist, dass es oft so ein krasses Unwissen gibt über Besonderheiten, die vielleicht bei Menschen mit nicht weißer Hautfarbe anders sind im medizinischen Kontext, als in den medizinischen Lehrbüchern, die ja meistens eher nur anhand von weißen Menschen geschrieben wurden. Genau und da ist so eine fehlende Reflexion auch über das eigene Nichtwissen und das nehme ich oft wahr. Also gerade wenn es um Hauterkrankungen geht, ist mir das schon sehr oft passiert, oder auch bei allergischen Erkrankungen, also ich bin auch zusätzlich sehr schwer Allergikerin und da habe ich das schon mehrfach erlebt, dass einfach Ärzte und Ärztinnen nicht in der Lage waren, die Unterschiede zu erkennen und überhaupt eine Hautkrankheit bei mir so zu diagnostizieren wie bei weißen Menschen und dass sie aber auch darüber nicht reflektieren konnten oder auch bei solchen Sachen wie Vitamin D Einnahmen. Ich nehme Vitamin D in sehr, sehr hoher Dosierung ein regelmäßig und erlebe das immer wieder, dass Ärzte dann sagen, das ist da viel zu hoch, das können sie auf keinen Fall so machen, das müssen sie reduzieren. Und ich dann immer wieder darauf hinweisen muss, naja, bei mir ist das aber vielleicht auch einfach nochmal bedingt durch meine Hautfarbe ein bisschen anders und das haben meine Werte auch in der Vergangenheit gezeigt. Mir ist das nicht ohne Grund so hoch verordnet worden, aber ich muss es halt immer wieder rechtfertigen und merke dann immer wieder, dass derjenige, der darüber jetzt gerade urteilt, nicht mitreflektiert, dass vor ihm gerade keine weiße Person sitzt, die eine hohe Dosis Vitamin D einnimmt und dass das möglicherweise nochmal mit reinspielt.“ (FG05, T5_1, Pos. 19)</p>	<p>11</p>
	<p>Körperliche Übergriffe</p>	<p>„Es war noch ein Bundesfreiwilligendienst im Krankenhaus und ich sollte bei einem Patienten Blutdruck messen. Und der wollte meine Haut ablecken, also Beziehungswiese hat er einen Finger abgeleckt und wollte einmal. Und Gott sei Dank habe ich das rechtzeitig gemerkt und nicht so, was wollten Sie da gerade machen. Und er sagte, „ich wollte gucken, ob Sie abfärben.“ Und ich gucke ihn, er so, „ja, ja, mein Sohn hat auch eine Freundin und die findet das lustig.“ Ich sage, eben dann meinte ich, „bin ich die Freundin von Ihrem Sohn und ich finde das total unangebracht.“ Und jetzt, da war ich auch noch jünger und ich bin auch zu niemanden hingegangen und habe das auch gemeldet oder so. Wer dann weitere Kommentare gemacht hat zu meiner Hautfarbe“ (FG02, T2_3, Pos. 22)</p>	<p>1</p>	
	<p>Exotisierung</p>	<p>„ich hatte auch die Erfahrung, dass einige Patienten, die mich dann das erste Mal zum Beispiel in der Praxis dann gesehen haben, halt natürlich geguckt haben oder auch mal gefragt haben, ja, darf ich ihre Haare anfassen oder sie haben so schöne Haut. Klar, in erster Hinsicht sieht man das vielleicht nicht so als Rassismus oder so</p>	<p>3</p>	

		<p>Verbale und soziale Abwertungen</p>	<p>eine kleine Anfeindung. Ähm, und denkt man sich, okay, das ist nicht so schlimm. Aber dann im Nachhinein, wenn das alles sozusagen passiert ist, denkt man sich so, ähm, ja, das hätte eigentlich nicht sein müssen, weil man fühlt sich halt ein bisschen als Außenstehender. Ja, sozusagen als Tier in einem Zirkus manchmal.“ (FG16, T16_1, Pos. 10)</p> <p>„im Krankenhaus auf Station, das war während der Corona-Zeit 2020. Und da gab es einen Patienten, zum Beispiel, wir hatten einen Schwarzen Sportorthopäden und ich bin dann mit ihm auf Visite gegangen. Und der sagte dann, „ja was soll das hier, dass so viele Neger sind, dass ich nur die Neger kriege, gibt es nicht noch andere Ärzte.“ Und ja, der Chefarzt ist dann gekommen, hat dem Patienten gesagt, er kann seine Sachen packen und dann auch gehen. Also das fand ich auch sehr gut. Aber genau, dass das dann eben noch so 2020 war, da gab es mehrere Patienten oder solche Stories auch, die sich irgendwie aufgeregt haben, während der Corona-Zeit auch das Gefühl hatten, im Krankenhaus ist das ganze gute Personal in Quarantäne und jetzt sind die ganzen Ausländer nur noch da.“ (FG03, T3_2, Pos. 12)</p> <p>„Bei mir war es mal so eine Situation, ich hatte damals einen Einsatz im ambulanten Pflegedienst. Da waren wir bei einer Familie, ich glaube, ich sollte bei einem Mann den Blutzucker messen. Mit ihm habe ich mich vorher die Tage auch weitestgehend oberflächlich unterhalten. Alles im Rahmen. Dann kam nur noch der Satz von seiner Frau zu meiner Praxisanleiterin „habt ihr jetzt nur noch Schwarze im Pflegedienst?“ (FG10, T10_1, Pos. 98)</p>	<p>5</p>	
	<p>Interesse/Anerkennung/Freude</p>	<p>„Also was ich manchmal erlebt habe, ist zum einen, dass Patienten einem schon noch mit Interesse begegnen. Wie du auch schon gesagt hast, dass man fragt und vielleicht ist es auch im ersten Moment nicht negativ gemeint. Ich glaube, ich hatte auch irgendwann mal eine Patientin, die dann meinte, dass sie es schön findet, dass immer mehr von uns dabei sind. Und ich habe mich auch gedacht, wie süß, dass sie erkennt, dass das ein Problem ist und dass da einfach mehr schwarze Personen auch im Gesundheitswesen tätig sind.“ (FG08, T8_1, Pos. 28)</p> <p>„Also ich glaube vor allem für schwarze Patienten ist es immer eine sehr, sehr gute Erfahrung, weil sie oder weil viele einfach zum ersten Mal Kontakt mit schwarzen Ärzten haben. Und sich dann auch, wie ich eingangs sagte, viel besser verstanden fühlen, weil einem vor allem diese kulturelle Hürde nicht mehr da ist. Und man auch auf echtes Interesse stößt und nicht auf dieses hinterfragende Interesse.“ (FG12, T12_1, Pos. 14)</p>	<p>8</p>		

			<p>„bei Interaktionen mit Patienten, die schwarz sind, dann ist es halt immer, also bei mir war es, also ich hatte eher immer das Gefühl bekommen, dass die sich halt eher darüber freuen, einfach dass jemand da ist, der vielleicht mehr Verständnis hat für deren Situation und quasi nicht nachgesagt wird, sie oder er übertreibt oder keine Ahnung was. Oder ich verstehe gar nicht, was sie oder er haben möchte und so.“ (FG13, T13_1, Pos. 31)</p>	7	
<p>Persönlicher Umgang</p>	<p>Reaktionen, Emotionen und Strategien im Umgang mit dem eigenen Erleben oder dem Beobachten von Rassismus im Gesundheitswesen</p>	<p>Ablehnung/Widerstand/Enttäuschung/Irritation</p>	<p>„und was auch passiert ist, eine Person hat die Blutentnahme verweigert. Äh, genau, ne, das ist sogar zweimal passiert, dass eine Patientin, ähm, gesagt hat „ne“, ähm, „kann das nicht die Kollegin machen“, ähm, oder wirklich so „straight up“ gesagt hat, „ne, von ihnen lasse ich mir kein Blut entnehmen“ (FG14, T14_1, Pos. 18)</p> <p>„Und ich hatte aber auch einmal die Erfahrung, dass einige Patienten vielleicht nicht, ähm, von mir sozusagen, ja, sag ich mal, sozusagen behandelt wollen, also würden. [00:04:15] Genau, das auf jeden Fall. Ja, ja, und das habe ich dann halt einfach meinem Arbeitgeber mitgeteilt und dann hat der Arbeitgeber halt sozusagen einfach mit dem Patienten gesprochen.“ (FG16, T16_1, Pos. 10)</p> <p>„Es ist eine Situation, die man halt akzeptieren muss, dass man anders ist und dass man von den anderen anders empfunden wird. Es ist schwierig. Man muss sehr stark sein, um weiterzumachen und sich nicht nur auf diese paar negativen Sachen zu halten“ (FG04, T4_3, Pos. 29)</p> <p>„ich selbst habe auch die Schwierigkeiten, einfach Nein zu sagen, weil ich es ein bisschen gewohnt bin, halt einfach Ja zu sagen. Ähm, dass sie mich zum Beispiel halt anfassen können oder meine Haut berühren können oder Sonstiges. Ähm, aber ich habe das jetzt mit der Zeit auch ein bisschen geändert, dass ich einfach Nein sage und sage, okay, das ist nicht so schön.“ (FG16, T16_1, Pos. 10)</p>	<p>Gesamt: 223</p> <p>8</p>	<p>Kodiert werden alle Textstellen, in denen der persönliche Umgang mit erlebter oder beobachteter rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen thematisiert wird. Dazu gehören emotionale Reaktionen genauso wie persönliche Bewältigungsstrategien.</p>
		<p>Soziale Unterstützung / Peer Support</p>	<p>„I now called this woman. She's German, she has been really helpful to me. I just called and I told her, I'm been through this, I don't know if you can call these people. You could just speak German to them, or because maybe you are German, they can listen to you more. I now called this woman, she now told me to give them the hospital's labs contact. I gave her the contact. She called the reception. I actually don't know how the conversation went and she called me back“ (FG01, T1_1, Pos. 8)</p>	16	

		<p>Aktives Handeln</p> <ul style="list-style-type: none"> • Handlungsspielräume nutzen • Konfrontation • Grenzen setzen 	<p>„another thing was that every hospital I went to, I kept going to the place where they put the midwives to see if they had blacks there. (laughing) You know, I just wanted to feel like I was a part of the system.“ (FG1_T02, Pos. 14)</p> <p>“so me, like with maybe disappointments or whatsoever. like I think that I do have, like, a lot of insecurities and I am a big friend of, like, safer spaces. So to share my experiences with others who make these experiences and then get validation from them to like, empower myself or whatsoever. And I like yeah, so I step back and then I just care about myself however I can. Like yeah, self care. (FG09, T9_2, Pos. 96)</p> <p>“Also in der Situation, wenn jemand hierarchisch höher ist, ist es so, dass ich mir Support gesucht habe. Also eine Person, also das Beispiel, was ich im Kopf habe, da hatte sich ein Chefarzt der Radiologie rassistisch geäußert und ich habe mir dann einen anderen Chefarzt gesucht, in Führungsstrichen, als Zeuge und als Unterstützer, der auch unser Dozent war, um dann diesen Chefarzt der Radiologie zu konfrontieren. Also runtergebrochen kann man sagen. Support suchen, aber auch Support suchen, wo eine gewisse Macht dahinter ist. Wenn es diesen Chefarzt nicht gegeben hätte, dann wäre ich zum Beispiel zu der Geschäftsführung gegangen oder zu, eigentlich macht „Human Relations“ [kurz: HR] nochmal mehr Sinn, weil ich dann, also es ist in Brandenburg passiert, ich kann zum Beispiel auch meine Marginalisierung nutzen und zu „HR“ gehen und sagen, ja ich studiere hier, dieser Arzt hat sich rassistisch geäußert, das lässt mich schon daran zweifeln, ob ich als rassismuserfahrene Person hier überhaupt arbeiten möchte, ob ich hier sicher bin.“ (FG14, T14_1, Pos. 35)</p> <p>„Mit dem Alter habe ich gelernt, den Mund aufzumachen. Früher habe ich das immer schön genickt mit Freundlichkeit. Und jetzt denke ich mir, spreche ich die Leute direkt drauf an. Ich habe mich mit dem Thema auch beschäftigt. Ich erkenne es und kann es besser in Worte fassen, was das Problem ist.“ (FG08, Z. 441ff.)</p> <p>“if I want something and I know I deserve it, I ask, I've learned to ask for it. So sometimes when I call and I notice or I show up and I notice, they are not interested in helping me because oh, I'm not the patient they would expect. I stand there and I wait. it's sometimes like, ok, I'm insisting on this, but I wait till she finally finishes what she's going around and doing and then she attends to me. So I've learned not to accept no for an answer to insist till I get it“ (FG09, T9_3, Pos. 93)</p>	<p>Subkategorien gesamt: 56</p> <p>Aktives Handeln (ohne Subkategorien): 14</p>
--	--	--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> Für sich selbst einstehe/n/ kämpfen 	<p>"Meistens setze ich mich dazwischen, nicht so direkt offen. Und der [weißen, Anm. AHJ] Kollege ignoriere ich meistens, weil entweder kenne ich den schon und weiß, dass der doof ist und es bringt nichts, um das zu korrigieren. Aber mir geht es darum um die [schwarzen, Anm. AHJ] Patienten und dann gehe ich zu einem Patienten direkt und sage, „vielleicht kann ich besser helfen und übernehme es.“ (FG13, T13_2, Pos. 76)</p> <p>"I think that two things falls to this. In the healthcare you can, there are certain instances that you can stand up on your own and say "ok, I think that what you are doing or to what you are saying is not is not right. And it is because." It is always good to give a because. It's because of this, this and this. Sometimes it's beyond the individual level. If it's beyond the individual level, reporting is a master. Sometimes there are mechanisms that are present where you can report. This is something that organizations should embrace, even in health care. Reporting mechanisms where people can report matters on racism and stuff like this. The other option is to talk to if it's in the set up, is to put it in writing and say, this is what happened. I spoke with this person about this and this. So reporting to the available anonymous systems, number one, and number two, is handling it directly with leaders. and in writing, it's very, very important that this is in writing because then there's a follow-up that can be made on this." (FG03, T3_4, Pos. 135)</p> <p>„for me, I try to, it gets me angry when that happens. And I try to fight for myself and advocate for myself. [unv.] And then I then try to let them know, this is what I am and this is what I, you know, I then try to remind them, you are here to provide a service and my life or anything, my health is at stake here. [...] It gets me angry and I advocate for myself. Sometimes I get so sad that I don't even want to advocate anymore. I just lose hope. But sometimes when I see and I feel I have to fight for myself, fight for my child and then, you know, it gets me, sometimes you see me aggressive, which you shouldn't, you know, sometimes you should be calm about it." (FG01, T1_2, Pos. 43)</p> <p>"For me, I've been in situations where I felt very helpless. Helpless, like, I need someone that can try to knock this door open to stop me. (FG01, T1_2, Pos. 56)</p> <p>„hinzu kommt auch nochmal mit diesem sich beweisen müssen. Also ganz am Anfang, wo die Unsicherheit ja groß ist, war dieses, okay, ich muss mich jetzt extra anstrengen. Ich muss jetzt nämlich mich richtig extra behaupten, damit man mir abnimmt, dass ich hier wirklich nur helfen möchte.“ (FG02, T2_1, Pos. 26)</p>	<p>Handlungsspielraum nutzen: 9</p> <p>Konfrontatio n: 23</p> <p>Grenzen setzen: 3</p> <p>Für sich selbst einstehe/n/kämpfen: 7</p> <p>8</p> <p>8</p>
--	--	---	--	---

			<p>„bei vielen hatte ich das Gefühl, die wollten erst mal gucken, passe ich überhaupt rein? Habe ich es überhaupt verstanden? Bin ich überhaupt gut genug? Also im Sinne von, dass ich mich direkt beweisen muss. Und das war dann nicht intern internalisiert, dass ich sage, ja, ich muss mich immer beweisen. Sondern, dass ich wirklich gemerkt habe, da war eine gewisse Skepsis.“ (FG03, T3_2, Pos. 30)</p>	
	Minority Stress		<p>„Ich finde das immer schwierig, richtig zu reagieren. Irgendwie finde ich das voll schwer. Weil es dann ja auch so ein bisschen ist, wie wird man danach wahrgenommen. Und dann gibt es ja auch diese ‚angry black woman trope‘, in die man nicht reinfallen möchte. Weil man dann auch nochmal andere Sachen mit sich zieht. Und dann fühlt man sich irgendwie so erstarrt.“ (FG08, T8_1, Pos. 79)</p>	5
	Mikroaggressionen		<p>„Das ist so ein bisschen vergleichbar wie so Mikroaggressionen beim Einkaufen zum Beispiel, wenn die an der Kasse, die Kassiererin einem nicht hallo sagt, aber dem anderen vorher einmal hallo gesagt hat. Das ist ein bisschen so diese gleiche Mikroaggression, die man vielleicht so in diesem Kontakt mit Ärzten oder mit Prüfer*innen ein bisschen erfährt tatsächlich. Man hat diese Skepsis einfach. Das setzt einen schon unter Druck, würde ich sagen.“ (FG03, T3_3, Pos. 31)</p>	4
	Antizipierte Diskriminierung (Alkins et al. 2021: 90)		<p>„Ich muss immer an mich denken, nicht nur an meine Gefühle heute. Rassismus habe ich schon tausend Mal erlebt. Es wird sich auch nicht ändern. Aber, also klar hoffe ich, dass es sich ändert. Aber nicht sofort. Ich werde auch die nächsten zehn Jahre Rassismus erleben.“ (FG13, T13_2, Pos. 76)</p>	2
	Infragestellen/Relativen der eigenen Erfahrungen		<p>„Dann bin ich auch immer so, ja, der meinstest das bestimmt auch nicht so. Aber das ändert ja nichts an der Tatsache, dass es so ist. Und dass ich das so wahrnehme. Ich finde mir im Nachhinein immer, dass ich anders reagiert hätte, als ich es tue. Und meistens bin ich dann auch so, dass ich das ein bisschen belächle. Also wenn es solche Alltagssituationen sind.“ (FG08, T8_1, Pos. 79)</p> <p>„Und ich muss sagen, man fängt auch sich selbst zu hinterfragen, weil es so subtil ist, ob man es richtig gehört hat, hat man es so gemeint. Wäre es jetzt richtig zu sagen, „oh das wie ihr gerade übergibt, das ist nicht richtig.“ (FG02, T2_3, Pos. 14)</p>	8
	Vermeidung/Vorsicht /Schutz		<p>„Weil mir fällt es manchmal schwierig, das auch zu betiteln konkret und dann in die Konfrontation zu gehen. Weil ich eigentlich so eine ‚non-Confrontation person‘ bin und mich dann immer zurückziehe. Aber das ist eigentlich auch nur belastend. Und ich habe mir auch immer gesagt, beim nächsten Mal machst du den Mund auf. Ich</p>	22

			<p>weiß aber immer nicht, weil man so perplex ist, wenn das passiert.“ (FG08, Z. 451ff.)</p>	
		<p>Kommunikation</p>	<p>„in my own case, I mean, the first thing is, I first, I first look for who understands me, who understands English in that role and I can speak it very well. (laughing) Because I think that's the only way I can communicate what the issue is. And then the other person receives the information and is able to process it. And then I know I can get help. So if I have any issue, like the other time, the first thing I'm asking for is, I know, I think all the doctors actually could speak English.“ (FG01_, T1_3, Pos. 44)</p> <p>“Also trying to be calm. It's always like, if you've also been loud and they're like, ah no. This is like, there's a wall, So like being friendly like „yes, I get this, this, but...“ like, this helps me.“ (FG09, T9_1, Pos. 94)</p>	<p>8</p>
		<p>Vorbereitung</p>	<p>“And the one way also that I try to avoid having issues, because I know health problem, health is always very sensitive and very important. If I'm going to book an appointment, I want to first check if that doctor speaks English, if that specialist speaks English. So if not, then there's no point. I don't remember that. So if I'm trying to book an appointment with maybe just like when my wife was going to see the OBGY, I can't just book any appointment and say, okay, when I get there, I will ask them whether they speak English. (laughing) I won't do that. So when I'm looking for, it took me a while, it took us a while to book, to find somebody. But when we eventually found one, of course I made sure that, okay, this person speaks English and even the receptionist and everybody. So it gives a very calm atmosphere already, because you know, you're going there, you're not worried about whether somebody understand one word or the other.“ (FG01, T1_3, Pos. 46)</p>	<p>1</p>
		<p>Selbstreflexion</p>	<p>„dass ich so ein bisschen im Kopf immer dieses Denken habe, ja, ein Patient, der mir so ein bisschen entgegenkommt, ich gehe immer nicht direkt davon aus, dass es irgendwas Negatives ist. Sondern ich gehe meistens immer so ein bisschen von Positiven aus. Und ich muss da, da habe dann kurz drüber nachgedacht, dann selber bei mir nicht so ein bisschen umdenken muss und so ein bisschen für mich überlegen muss, dass ich vielleicht gucke und für mich selber so ein bisschen dieses Bewusstsein schaffe, ah, so wie eine Patientin, das gerade zum Beispiel vielleicht doch nicht so nett gemeint hat, wie ich jetzt zum Beispiel denke. Und ja, dass ich da auch selber für mich so ein bisschen einstehe vielleicht und es nicht versuche, so einseitig zu sehen und immer das Positive in mir zu sehen. Natürlich ist nicht immer alles negativ, glaube ich auch, aber ja.“ (FG10, T10_2, Pos. 152)</p>	<p>25</p>

		<p>„Wenn man so schockiert ist, dass man nichts weiß, „okay hat er das wirklich gesagt?“ „Hast du auch gehört?“ Also man sucht ein bisschen Bestätigung. Oder man hinterfragt, vielleicht habe ich überreagiert oder vielleicht habe ich falsch verstanden. Ich glaube, es gibt so eine Art Schutz, Selbstschutz. Auf jeden Fall, dass ich nicht wusste, wie ich reagieren soll, darauf reagieren soll.“ (FG07, T7_1, Pos. 27)</p> <p>„Wobei ich auch glaube, dass das auch so ein Punkt ist, dieses mit Samthandschuhen anfassen, wie soll ich wie was sagen, löst, glaube ich, beim Gegenüber auch aus, dass das, das ist dann eine Form von Andersbehandlung. Also ich gehe ja dann wahrscheinlich mit jemandem, der schwarz ist, anders um, weil ich bloß nicht in ein Fettnäpchen treten will, was ich bei einer weißen Person nie so angehen würde, was ich glaube, was wiederum auch was auslöst. Also auch so eine Form von, warum macht die sich denn so Gedanken, ich bin ja genauso wie jeder andere auch und komme hierher und möchte das und das. Und ich glaube, dass das auch was auslösen kann, also auch diese Befürchtung vor, jemand redet sich um Kopf und Kragen und man spürt irgendwie, dass das da irgendwie, das ist irgendwie auch nicht so richtig echt oder vielleicht auch nicht so authentisch.“ (FG11, T11_2, Pos. 49)</p>	
	<p>Zielfokussierung</p>	<p>„Ich werde auch die nächsten zehn Jahre Rassismus erleben. Aber ich muss nicht meine Ziele, alle und warum ich mich dazwischen gesetzt habe, verlieren. Einfach weil ein Idiot daneben mir stand.“ (FG13, T13_2, Pos. 76)</p> <p>„But at the end of the day, my always, my target is I make sure anything I'm coming here to do, I'm getting that before I leave that place. So any way possible, whether it's to stay calm, whether it's to laugh, whether it's to, oh, do as if I did not hear them or to keep on repeating myself. My target is always my goal, but probably when I go home, I will now recollect what's happened during the day. I'm like, oh, this day was like this, like this.“ (FG01, T1_4, Pos. 48)</p>	<p>3</p>
	<p>Absicherung</p>	<p>„Und ich versuche, dass ich immer einen Zeuge habe, der nicht marginalisiert ist. Also einen deutschen Zeugen. Das nehme ich immer mit. Ich nehme jemanden, der das beobachten kann. Ich frage, „kannst du mal vorbeikommen Kannst du mir helfen? Das und das habe ich gehört, das und das sagt sie.“ Und dass jemanden das mitbekommt, weil wenn ich mich morgen beschwere und sage, ich fühle mich hier nicht gemobbt oder diskriminiert, dann habe ich 2, 3 Beispiele, die ich nennen kann, weil sonst kommt das immer. „Vielleicht hast du das nicht gut verstanden. Vielleicht war sein Wort einfach zu kompliziert für dich. Vielleicht war er nur sauer.“ Aber ich will, dass jemanden das klar sieht und hört, wie ich das erfahre, damit ich</p>	<p>3</p>

			<p>das dann später nennen kann. Und dann gucke ich auch, werde ich geschützt. Was passiert, wenn etwas wirklich nicht stimmt? Weil es geht ja um wichtige Themen, wenn ich Medikamenten verabreiche oder irgendwas mache und jemanden sich beschwere, dass ich nicht kompetent bin. Und es kommt wiederum zu so einem großen Thema. Aber da war keiner da, der das bestätigen kann oder nicht. Stehe ich da, entweder verliere ich meinen Job oder muss dann vor Gericht stehen oder irgendwas kann passieren und dann ist es einfach kein guter Ruf für mich. Ich muss immer an mich denken, nicht nur an meine Gefühle heute.“ (FG13, T13_2, Pos. 76)</p> <p>Therapie</p> <p>„Also für mich ist es einfach dann Therapie gewesen, weil ich hatte keine Unterstützung, also weder in der Ausbildung noch im Beruf auch nicht. Also ich wusste auch nicht, ich war auch nicht so weit wie jetzt. Also jetzt könnte ich mich vielleicht anders wehren oder benennen oder ich wüsste, wo ich hin kann, aber damals war ich einfach nicht so weit. Ich habe viele Dinge auch einfach mir gefallen lassen, über mich ergehen lassen“ (FG02, T2_2, Pos. 50)</p>	<p>2</p>	
		<p>Situation hinnehmen</p>	<p>„Aber wenn ich an mich selber denke, dann bin ich meistens eher still und lasse es über mich ergehen. Um aus der Situation schnell flüchten zu können“ (FG10, T10_1, Pos. 95)</p> <p>“Davor war ich halt ein bisschen, davor dachte ich mir halt immer, da war ich halt eher scheu, habe ich eher so gescheut vor Interaktionen, wenn ich nicht direkt betroffen war. Weil ich mir dachte, „ja okay, die Situation geht schon demnächst vorbei oder okay, es war nicht so schlimm. [...] Und ich glaube, genau das ist es halt mit dem, wie ich halt damals da umgegangen bin, als ich in Rostock war, dass ich halt bei vielen Sachen mir dachte, ja okay, so schlimm ist jetzt auch nicht. Ja okay, dann fragen die halt so, warum ich Deutsch kann. Okay, dann fragen die halt, warum ich Abi habe. Okay, dann fragen die halt, warum ich Student bin und so weiter. Habe ich halt einfach hingenommen. Aber mittlerweile ist es halt anders.“ (FG13, T13_1, Pos. 70, 72)</p> <p>„On reacting though, I don't know if it's a good question actually. Is there a way to report behaviour? Because for me, especially because I'm an immigrant, there's, should I say, an inbuilt fear. That nothing's going to happen anyway. Or they won't believe me, or all of those things. And then I'm also not sure, like, who am I even going to talk to say this thing happened. So yeah, it's just half of the time it's just like, okay, whatever. And then keep it moving. But really, is there something you can do? If, I don't know, you went to the hospital and something happened, they were clearly very racist. Is actually there even a way to report this behaviour or something? I don't know.“ (FG06, T6_1, Pos. 99)</p>	<p>12</p>	

		<p>Abwägen von Kontextfaktoren/Machtverhältnissen</p>	<p>„Das hängt bei mir ganz an der Tagesform. Ja, komplett. Das hängt wirklich von der, also da ist alles möglich, von ich thematisiere es bis hin zu ich breche innerlich zusammen und sage gar nichts und resigniere und gehe in der Ohnmacht unter. Also da ist alles irgendwie, ja, alles, ganze Bandbreite möglich und alles dazwischen und es kommt einfach tatsächlich auf die individuelle Situation und auf meine Verfassung an, auf das Machtverhältnis, auf meine Möglichkeiten, auf die potenziellen Konsequenzen, ne, wenn ich jetzt irgendwie was sagen würde und mich wehren würde, was hat's für Konsequenzen, also ganz viel spielt da mit rein.“ (FG05, T5_1, Pos. 47)</p> <p>„Aber es erfordert, ich glaube, es erfordert sehr viel Energie, so unangenehm zu sein. Und es erfordert auch sehr viel Energie, wenn das ist, also ich kriege das im Krankenhaus mit, dass es ein sehr großes Hierarchiegefälle gibt. Und wenn das jemand ist aus einer anderen Hierarchie, ein Vorgesetzter, das dann auch zu machen, erfordert noch mehr Energie. Und da ist es einfach manchmal zu sagen, „ha ha, ja, ich bin“, und zu hoffen, ich bin auf dich angewiesen, auf deine gute Meinung, das mitzuspielen. Ich nehme mich da nicht raus“. (FG04_T4_2, Pos. 90)</p> <p>„Ich war schockiert, weil das war der Chefarzt. Was sagst du da? Ich war so super schockiert. Da habe ich gedacht, kann ein Chefarzt kein Blut abnehmen? Kann er keinen Ultraschall machen? Was sagst du da? Ich war wirklich am Zweifeln. Machst du deinen Mund auf oder gar nicht? Ist es schlimm, wenn ich das einem anderen Kollege erzähle oder überhaupt nicht? Da weißt du nicht mal, was du machen sollst.“ (FG13, T13_2, Pos. 110)</p> <p>„Ich finde das immer schwierig, richtig zu reagieren. Irgendwie finde ich das voll schwer. Weil es dann ja auch so ein bisschen ist, wie wird man danach wahrgenommen. Und dann gibt es ja auch diese ‚angry black woman trope‘, in die man nicht reinfallen möchte. Weil man dann auch nochmal andere Sachen mit sich zieht. Und dann fühlt man sich irgendwie so erstarrt.“ (FG08, T8_1, Pos. 79)</p> <p>„Also ich würde sehr selbstkritisch sein und sagen, dass es sehr viele Situationen gibt, die ich nicht markiere, weil das einfach auch bestimmte Strukturen sind, wo ich auch teilweise abhängig bin von anderen in diesem Gesundheitswesen. Und das natürlich auch eigene Befürchtungen sind. Und mir jetzt gerade auch auffällt, dass ich vielleicht einmal in irgendeiner Situation angemerkt habe, dass es doch vielleicht sinnvoll wäre, bei der Person nicht die und die Perspektive zu verfolgen, sondern vielleicht mal anders zu gucken. Aber auf keinen Fall, dass alle Situationen so</p>	<p>21</p>
--	--	---	---	-----------

		markiert werden, als "das war jetzt rassistisch." Würde ich sehr selbstkritisch sagen." (FG11, T11_2, Pos. 65)		
Ausgleich schaffen		„was ich wichtig finde, um dann solche Situationen zu verarbeiten, zu verdauen, ist dann in der Freizeit Aktivitäten zu machen, die einem Joy bringen, die einen auch ausruhen lassen, also zum Beispiel Sport oder mit FreundInnen treffen oder mit einer politischen Gruppe treffen. Also allein das darüber sprechen hilft ja schon. (FG14, T14_1, Pos. 35)	1	
Humor/positive Sichtweise bzw. Denken		„Wenn ich dann selber so eine Situation hatte, zum Beispiel mit der Patientin, die mich dann so Sachen gefragt hat, habe ich dann selber in der Situation nicht so wirklich drüber nachgedacht. Sondern mehr so gelacht. Also ihr nicht so ganz übel genommen. Ich weiß nicht, ob das dann nicht die falsche Reaktion war. Ich habe es dann einfach so im Raum stehen lassen. Als sie dann gefragt hat, hatte ich geantwortet. Nicht so unhöflich [unv.] deswegen habe ich es dann auch so stehen lassen. Im Nachhinein habe ich es dann kurz im Team auch erwähnt. Aber es war dann... Also dann ist mir erst so richtig klar geworden, dass es doch irgendwie schon schlimm war. Aber ich für mich selber es nicht so wirklich realisiert habe.“ (FG10, T10_2, Pos. 104)	2	
Institutionelle Beratungsangebote/ Supervision		„das Bewusstseinschaffen finde ich halt immer auch wichtig und einfach darüber zu sprechen, weil ich finde, das fällt ja voll oft flach und zum Beispiel wir in der Psychiatrie leben ja zum Glück davon, dass wir ja immer regelmäßige Supervisionen halt auch irgendwie durchführen und für den Fall, dass das vielleicht auch ein Thema dafür sein könnte, kann man das da auch immer gut drüber sprechen und wir haben auch bei uns in der Psychiatrie viele Peerberatende, die ja dann auch bei schweren Ereignissen dann auch mit einem irgendwie nochmal sprechen und ja, genau. [...] Wobei ich eher denken würde, wenn jetzt irgendwas in die rassistische Richtung und die Person, die mich da in dem Falle berät oder die Supervisorin dann auch in dem Falle irgendwie vielleicht zurückgehalten ist, würde ich mir wahrscheinlich denken, dass ich dann auch mich an die [Hausinterne Beratungsstelle] [...] wenden kann“ (FG10, T10_1, Pos. 67)	1	
Fehlendes Vertrauen		„Man wusste dann selber nicht, vor allem in der Ausbildung, bis zu welchem Grad es okay ist, das anzusprechen, würde die Leitung hinter einen stehen.“ (FG02, T2_3, Pos. 14)	3	
Hilflosigkeit		„It's difficult to say, I think. Because the intention to help in the healthcare system is the bare minimum, I would say. And if you don't get this, you just feel helpless.“	4	

Gesundheitliche Folgen	Diese Kategorie erfasst die physischen, psychischen und psychosomatischen Auswirkungen rassistischer Diskriminierungserfahrungen im Kontext des Gesundheitswesens auf Schwarze Menschen. Sie umfasst sowohl unmittelbare emotionale Reaktionen als auch langfristige gesundheitliche Belastungen, die aus struktureller oder interaktioneller Diskriminierung resultieren können.		
	-	There's nothing really you can do instead of sharing the thoughts and asking questions. So, I don't know." (FG06, T6_3, Pos. 122-123)	
		<p>„Wenn ich dann selber so eine Situation hatte, zum Beispiel mit der Patientin, die mich dann so Sachen gefragt hat, habe ich dann selber in der Situation nicht so wirklich drüber nachgedacht. Sondern mehr so gelacht. Also ihr nicht so ganz übel genommen. Ich weiß nicht, ob das dann nicht die falsche Reaktion war. Ich habe es dann einfach so im Raum stehen lassen. Als sie dann gefragt hat, hatte ich geantwortet. Nicht so unhöflich [unv.] deswegen habe ich es dann auch so stehen lassen. Im Nachhinein habe ich es dann kurz im Team auch erwähnt. [...] Also dann ist mir erst so richtig klar geworden, dass es doch irgendwie schon schlimm war. Aber ich für mich selber es nicht so wirklich realisiert habe.“ (FG10, T10_2, Pos. 104)</p> <p>„ich finde aber auch die strukturelle Benachteiligung beginnt dann schon da, wo die Person dann alleine gelassen wird, über mehrere Jahre mit dem Leiden, nicht arbeiten kann, die Person vielleicht auch mitten im Integrationsprozess gewesen ist und dann auch nicht weiterkommt in seiner Entwicklung, aber von außen dann auch immer hört, ja, du musst dich mehr anstrengen, obwohl die Kraft gar nicht da ist, weil der Körper nicht mitmacht und strukturell auch in dem Sinne, dass das Körperliche dann auch so weit gehen kann, dass psychische Folgen wieder daraus entstehen, dass dann wieder auch Vertrauensverlust kommt und wenn die Personen dann mit Unterstützung des Umfeldes, Communities dann doch wieder die Kraft finden, zurück ins Leben zu kommen, erst mal super krasse Hürden überwinden müssen, Vertrauen zu finden, wirklich Vertrauen zu finden und die Sicherheit zu haben, dass bei dem Arzt, wo ich jetzt bin, dass er mir helfen wird und ich nicht noch irgendwie, ja, denke, was für ein Medikament gibt er mir, das macht er das jetzt, um mir wieder zu schaden und das ist echt ein langwieriger Prozess, den man dann im Vergleich zu anderen Menschen, die keine Migrationsbiografie haben, halt das auch wieder erschwert, die Heilung.“ (FG02, T2_1, Pos. 31)</p>	Gesamt: 16 1
	Psychische Belastungen	„Ergänzend dazu, ich habe auch so die Beobachtung machen dürfen, dass wenn Sprachbarrieren entstehen, dass dann auch schnell die Personen, die dann betroffen sind und vulnerable sind, als psychisch wieder instabil dargestellt werden und das macht dann wieder was mit der Person, dass man das Gefühl hat, nicht ernst genommen zu werden, obwohl da Schmerz ist, Leidensdruck ist“ (FG02, T2_1, Pos. 31)	5
			Kodiert werden alle Textstellen, in denen physische, psychische und psychosomatische Auswirkungen von rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen beschrieben werden. Dies umfasst sowohl unmittelbare emotionale Reaktionen als auch langfristige gesundheitliche Belastungen, die aus struktureller oder interaktioneller Diskriminierung resultieren können.

		<p>Stressbedingte Beschwerden (somatisches und psychosomatisch)</p>	<p>„Bei mir ging das so weit, dass ich teilweise vor den Diensten, gerade auch wenn ich auf eine neue Station kam, dass ich dann morgens erbrechen musste, ich Angst hatte, irgendwo hinzukommen oder dieser zwischenmenschliche Stress bei mir auch Übelkeit ausgelöst hat.“ (FG02, T2_2, Pos. 50)</p> <p>„Also auf der Station, wo ich gearbeitet habe, sind auch, wir waren eine Auszubildendenstationen, und da sind dann auch immer wieder Vorfälle gewesen, aber auch wieder im Nachhinein, dass man Auszubildende dann in der S-Bahn getroffen hat oder woanders und die dann erzählt haben, wie schlimm das jetzt speziell auf meiner Station gewesen ist, dass die zu Hause weinen mussten, dass sie mit Bauchschmerzen zur Arbeit gekommen sind. Und über die Zeit waren das dann nicht nur Auszubildende, sondern auch Kolleginnen, die sich dann schon getraut haben, das anzusprechen, aber dann so wenig Rückhalt zurückbekam, dass man sowieso dachte, es ist egal, ob ich was sage oder nicht.“ (FG02, T2_1, Pos. 16)</p>	<p>4</p>	
	<p>Vermeidungsverhalten / Rückzug aus Gesundheitsversorgung</p>	<p>„und auch das Phänomen, dass man einfach nicht hingeht, weil man halt die Erfahrung gemacht hat, dass man sagt, ich gehe erst mit mir, bis es richtig wehtut. Auch eine Freundin hat mir auch gestern erzählt, [...] dass sie vor so vier Wochen umgeknickt ist und erst gestern zum Orthopäden gegangen ist und sie muss jetzt eine Prothese, also Schiene tragen, weil sie meinte, das ist nicht so schlimm, wird schon wieder, weil sie auch die Prüfung hatte, dass sie gar nicht da wirklich ernst genommen wurde. Und bis sie es selbst auch wahrnimmt, okay, ey, das ist gerade richtig schlimm, ich muss zum Arzt, da ist sie auch gegangen und wurde sie auch ernst genommen. Aber wir haben auch die Annahme in uns drinnen, dass wir nicht ernst genommen werden. Und es kommt ja nicht von uns. Ich würde nicht sagen, dass wir das Problem sind letztendlich.“ (FG03, T3_3, Pos. 81)</p>	<p>3</p>		
	<p>Gefühl von Isolation / soziale Auswirkungen</p>	<p>„ich durfte einfach sehr viel früher mehr als sie, obwohl wir auf dem gleichen Ausbildungsstand waren. Also ich habe eng mit ihr gearbeitet, ich wusste, dass sie gut ist so und wenn man dann auch mal nachgehakt hat, woran liegt das, ja sie ist so schüchtern irgendwie und kriegt den Mund nicht richtig auf und keine Ahnung, was für mich eine Konsequenz daraus war, wie sie behandelt wurde, dass sie eingeschüchtert war von dem Setting. Man muss auch sagen, zu der Zeit war sie die einzige schwarze Kollegin auf der Station und das, wenn man mal abgesehen davon, also es kamen ja auch Kommentare zu ihrem Aussehen, zu ihren Haaren so und dann ist es kein Wunder, dass man eingeschüchtert ist.“ (FG20, T20_3, Pos. 19)</p>	<p>2</p>		

		<p>Identitätsbezogene Auswirkungen / Internalisierung</p>	<p>„Du fühlst dich wie ein exotisches Tier.“ (FG13, T13_2, Pos. 117)</p> <p>„Weil mein Lieblingsspruch ist, ich bin ein Einhorn. Das habe ich, so fühle ich mich tatsächlich, seitdem ich in Deutschland bin. Menschen werden immer begeistert von Dingen, die einfach normal sind. Wieso? Einfach so? Und du bist so jung. Es ist weil ich Schwarz bin, ja. Deswegen bewundert ihr das.“ (FG13, T13_2, Pos. 102-103)</p>	<p>1</p>	
<p>Ressourcen</p>	<p>Förderliche Ressourcen für den Umgang mit Diskriminierung</p>		<p>„Ich würde sagen, vor allem mit schwarzen Patienten, die sind meistens dankbar, dass du da stehst, weil da fühlen sie sich einfach besser behoben, weil die denken, ja, da steht jemand, der nicht mich von hoch guckt und der hört einfach, was ich sage.“ (FG13, T13_2, Pos. 27)</p> <p>„Ein Patient hat mir gesagt, also, ich freue mich, dass du hier bist. Du hilfst mich einfach, du erklärst mir die Sachen. Und ich verstehe das auch, dass nicht jeder genauso schlaue wie der Nächste ist. Manche brauchen ein bisschen Zeit, um das zu verstehen. Wir arbeiten mit sehr sensiblen Themen. Es ist nicht so, dass du sagst, ja, okay, sie haben Krebs. Und er sagt, ja, toll, was machen wir weiter? Der andere muss das verarbeiten. Und du musst einfach mit Menschen umgehen, wie der Person, der vor dir steht. Aber das ist nicht immer so oft.“ (FG13, T13_2, Pos. 27)</p> <p>„[...] even when we are not going through racism or anything, the fact that there's somebody that has my skin color in that hospital makes me feel safer.“ (FG01, T1_2: Pos. 62)</p> <p>„So I believe a representation of my skin color in the healthcare is going to fight for me even when I know I'm going through racism.“ (FG01, T1_2: Pos. 74)</p>	<p>Gesamt: 41</p> <p>1</p>	<p>Kodiert werden alle Textstellen, in denen förderliche Ressourcen für den Umgang mit rassistischer Diskriminierung im Gesundheitswesen beschrieben werden.</p>
		<p>Gemeinschaften als Orte der Unterstützung und Validierung</p>	<p>„Just by us sitting here, realizing even though I have my individual experience, I'm not the only one. What you go through, now I know, okay, I'm not the only one who goes through racism. Because speaking to you reminds me again, yes, I'm not alone in this“ (FG03, T3_2, Z. 863)</p> <p>„dass wir ähnliche Erfahrungen teilen und uns da in dem Sinne auch irgendwie stützen oder auch irgendwie sagen, ja, das habe ich genauso erlebt oder halt anders, was dann gleichzeitig aber auch wiederum traurig ist und dass es überhaupt notwendig ist. [...] also es ist auf der einen Seite schön zu wissen, dass man nicht die einzige Person ist, die solche Erfahrungen macht, aber das muss nicht sein.“ (FG10, T10_1, Pos. 147)</p>	<p>5</p>	

		<p>Allyship</p>	<p>„Und auch was du meinstest mit allyship finde ich voll wichtig. Das ist aber auf einer strukturellen Ebene, eine strukturelle Ebene kann mir nicht allyship geben, sondern das ist was, was ich mir immer selber schaffen muss, ich muss mir immer eine community selber schaffen, in dem Ort, an dem ich arbeite, weil ich weiß, es wird immer irgendwas passieren, es kann zu jedem Zeitpunkt passieren. Und die Institution oder das System wird mich nicht auffangen, sondern ich muss immer wissen, wo in diesem Gebäude Leute sind, bei denen ich mich zur Not auskotzen kann“ (FG03, T3_1, Pos. 166)</p> <p>„Und ja ich hab's halt dann in der Ausbildung habe ich das auch immer angesprochen. Auch über meinen Praxisanleitenden. Oder bei den examinierten Pflegekräften. Aber oftmals wussten sie aber auch nicht so recht, was sie mit der Situation machen können. Oft hieß es ja, dann müsst ihr vielleicht nicht mehr in das Zimmer gehen. Aber gleichzeitig gab es ja auch irgendwie nie eine Konsequenz für den Patienten. Was ich mir dann in solchen Situationen auch gewünscht hätte, wäre, dass sie auch mal auf die jeweiligen zugehen. Und auch vielleicht mal sprechen, was daran nicht in Ordnung gewesen ist“ (FG10, T10_1, Pos. 95)</p> <p>„Bei mir wäre es glaube ich, wie gesagt, hilfreich gewesen, wenn meine Praxisanleiterin direkt eingeschritten wäre, direkt der Dame gesagt hätte, dass es überhaupt nicht klar geht. Und gleichzeitig mit mir das vernünftig noch mal nachbesprochen hätte, nicht nur dieses „Ja, hm“. Weil ich finde es macht einen anderen Eindruck, wenn es eine nicht betroffene Person auch mal thematisiert. Und nicht nur ich als betroffene Person immer mal wieder.“ (FG10, T10_1, Pos. 110)</p>	<p>13</p>
	<p>Validierung der Erfahrungen durch andere</p>	<p>„Aber ich fand es auch schade von den Pflegern, natürlich haben sie mir in dem Moment geholfen, aber sie haben gar nicht validiert, was mir gerade so erfahren ist und dann konnte ich in dem Moment auch nicht traurig darüber sein. Ich weiß nicht, es war eher so ein Schock. Und danach musste ich erstmal eine Stunde nach Hause laufen, statt zur U-Bahn bin ich nach Hause gelaufen, weil ich musste erstmal klar kommen, was gerade passiert ist. Und zudem, ich wünschte man würde unsere Rassismuserfahrungen in solchen Kontexten auch validieren, auch wenn es demente kranke sind die uns rassistisch beleidigen [...] ich [brauche] es auch vom System einfach, dass sie meine Erfahrung, die ich in dem System erlebe, validiert und auch ansieht.“ (FG03, T3_3, Pos. 136)</p>	<p>12</p>	
	<p>Geschlechterunterschiede</p>	<p>„And I don't know how many men, black men are also in the studies. Because that's also a good thing. Because I need to, first things first, I really need to appreciate you women here. Because it's always with such type of talks, setting them up, it's always</p>	<p>2</p>	

		<p>Motivation/Engagement von Fachkräften</p>	<p>the women, it's always the black women doing something. And it's always the black men who have this mindset of, you know, you power through it. And they will be successful with it, but what they fail to do is establish group, what they fail to do is establish a system amongst itself. So that your children can also profit from that system. [...] So we need to be aware of there are actually multiple things we need to fight together as one. So the most important thing in my opinion is really the mindset that if we do things we also have to look at in a way, in a holistic way. Like that I as a black man am not thinking, yeah I go through all this racism without appreciating all my black queens who go through these type of things and who are setting this up. And if then there's an invitation to come for an interview like this, that you should actually come, because a lot of times when I talk to black men, ah you know ah you know, it's like you only talk ah you know, I'm like no bro you need to be there too. You need to be there too. Definitely. So yes, that's also a huge part why I'm here." (FG03, T3_2, pos. 162)</p>	<p>5</p>	
			<p>"I think also maybe mine is a unique situation, but also as an immigrant who doesn't speak German too well, I find that health professionals especially are... What's the word? They are like limited or measured in even how much they want to help. It's like they'll do bare minimum and then leave you because they don't want to spend too much time. And so I don't know. Even because it has happened a couple of times where it's like somebody should have given me this information and they didn't give it to me. Even just the referral. Like some things you have to push or you have to do the work, apply pressure. It's so tiring. Because just because they're just, okay, so do this and then they walk away. They don't care. They're not actually giving you health care. Maybe ticking a box and, okay, I did that. Then that's it. So just even having people who care, as for me, the first step, they care enough that this is a human being I'm talking to or I'm taking care of and lets me go full on or do, you know, if it was my sister, for example, that I'm treating, I would go all out for her. So let me do this to the person. And so I feel like that's the first thing, just having somebody who cares. And even if it's not the health care professional themselves, like the nurse or the doctor, if there's somewhere in the hospital that they will take their time and care about. Because anywhere, I don't know, go to receptions and they're, yeah, just go here. And I understand that maybe your English is not the best. My German is also not the best, but we are trying. (lachen) I will translate things and say it as best as I can. And like I'm putting in effort, but I don't get any effort back" (FG06, T6_1, Pos. 107)</p>		

			<p>"sometimes they're giving the information, but the context is missing. So what should I do with the information now? Where should I go now? I don't know. ((FG06, T6_1, Pos. 108)</p> <p>if it's just flipping like, "oh, you need to get medicine." Okay, where? Like I've been in a completely new town where I didn't know. And I went to the hospital and he is like, "so you need to get this meds." Do I just roam the whole city looking for a pharmacy? "Do you have a pharmacy here?" Says, "oh yes, if you", then he says, "no, but they're not open." "(FG06, T6_2, Pos. 109)</p> <p>"Translators or maybe really a place where you can go if there's something like if you need more context that the doctors already know there to navigate you. Because often they don't have the time and I can understand there's a lot to do. We don't have enough doctors here right now. I can understand. So if you don't have the time, please help me to find a place where I need to go. [...] And maybe it's not human translators. Maybe we can have an app or something for translation in the healthcare system." (FG06, T6_2, Pos. 117, 119)</p> <p>"I have heard of one in Berlin. [...] So what they try to do is to they focus on maybe one sector or one disease. I've heard of their diabetes intervention. So they kind of tell you what. They have flyers, info materials, tell you what the symptoms are and then they tell you the treatment options you have. So and how to navigate the system, if you have diabetes. So I just thought "oh this is very good". Imagine like they have something for this, for the main issues that migrants communications have. Like if coming back to myoma. If I'm told "oh this is this, this is that, these are the options you have". "If you have this insurance, this is where to go". (FG09, T9_3, Pos. 107)</p> <p>"also was für mich so „crucial“ ist zum Beispiel, ist, dass man eine Figur wie Antrassismusbeauftragter oder Integrationsbeauftragter hat in einer Institution. Das ist schon super wertvoll. Und das wäre ein guter „Practice“. Ich glaube, es gibt nicht so viele Krankenhäuser oder Kliniken, die das haben. [...] Das ist zentral, dass das so anerkannt wird auf „organisational level“ sozusagen. Fortbildungen, ja, klar, die helfen. Aber wenn das schon in der „organizational culture“ integriert wird, dann kann man überall das sehen und anerkennen. Zum Beispiel in der „Human Resources“ Politik, dann reflektiert sich das in allen Bereichen. Aber ich glaube, man braucht dieses Engagement „at the top“. (FG07_T7_1, Pos. 33)</p>	<p>3</p>	
<p>Lösungsansätze</p>	<p>Einschätzung und Bewertung der Wirksamkeit und Relevanz institutioneller Maßnahmen zum Abbau von Diskriminierung und</p>	<p>-</p>		<p>Gesamt: 230</p>	<p>Kodiert werden alle Textstellen, in denen Einschätzungen, Bewertungen oder Vorschläge zu bestehenden oder möglichen institutionellen Maßnahmen zum Abbau von</p>
				<p>1</p>	

	zur Förderung von Diversitätssensibilität	Kritik an symbolischen Maßnahmen / „Wokewashing“ / Tokenism	<p>„Aber jetzt auch nicht nur für das medizinische Fachpersonal, sondern auch für alle drumherum. Also alle, die im Krankenhaus tätig sind, da fängt es auch schon an. Ich finde es paradox, wenn Kliniken Leitbilder tragen, so „halten Abstand von jeglicher Form von Diskriminierung“ und haben überall POC auf ihren Bildern. Aber machen grundsätzlich einfach nichts, um die zu fördern, denen auch Sicherheit zu geben.“ (FG10, T10_1, Pos. 134)</p> <p>„ich muss ehrlich sagen, ich kriege davon sehr wenig mit. Und auch, dass das Angebot da ist, kriege ich sehr wenig mit. Ich habe das auch, also mein Gefühl ist, es gibt diesen Begriff Rainbowwashing, dass man gerne eine Regenbogenflagge auf die Website macht und Diversität anpreist. Und das sieht gut aus, aber da wo die Probleme wirklich sind, und das ist auch kommt jemand aus dem Ausland als Pflegekraft, Fachpflegekraft und arbeitet als Pflegehelfer in Deutschland, weil das eine Papier fehlt. Und das sehe ich in der Umsetzung ehrlich gesagt nicht. Ich finde es gut, aber es ist auch ein bisschen Show.“ (FG04, T4_2, Pos. 97)</p> <p>„Aber ich würde sagen, das ist so ein Tropfen auf den heißen Stein und das ist das, was ich meine. Das ist halt ein Seminarangebot und ich glaube, das gibt es, das gibt ja den Begriff Greenwashing und ich finde, das ist aber gleichzeitig sowas wie Diversitywashing, dass sich ganz viele Institutionen dieses Thema so auf die Fahne schreiben und ja, da stehen wir und das ist unsere Haltung und wir bilden auch aus und bieten Fortbildungen an. Aber genau, es ist irgendwie nicht so richtig wirksam und deshalb finde ich eher, worum es eigentlich geht, ist, wie können wir diese Themen im Querschnitt in Ausbildungsstrukturen integrieren, wie kann sowas in jedem Seminar, egal worum es geht, irgendwie berücksichtigt werden.“ (FG17, T17_1, Pos. 45)</p> <p>das ist ein systemisch strukturelles Problem und dann versucht man aber nicht eine Lösung zu finden, die auch strukturell im Gesamten ist, sondern man versucht dann so einzelne Exempel, hier machen wir mal einen Kurs, hier könnt ihr euch gerne beschweren, wenn was ist, das bringt einfach nichts, wenn du dann am Ende, also klar, ich habe dann vielleicht einen Kurs, wo jemand nähergebracht wird, wie ich sensibel mit jungen Mädchen mit Kopftuch in einer Gynäkologie-Gesprächsstunde spreche, aber andererseits habe ich dann auch wieder Kurse bei [Name Kurs 1], wo mir irgend so ein White-Savior-Arzt erzählt, wie die Menschen da und so weiter, also das läuft dann so parallel oder so, dass Diabetes ja nur für türkische und muslimische Leute, weil die ja immer Baklava und so, also das sind so Sachen, die dann, man kann viel machen, wenn man nicht die eigenen Strukturen und die</p>	17	rassistischer Diskriminierung und zur Förderung von Diversitätssensibilität geäußert werden.
--	---	---	---	----	--

		<p>Diversitäts- und Antirassismustraining</p>	<p>eigenen Rassismen, die auch von seinen Dozenten oder, ne, angeht, dann bringt das einfach, glaube ich, nichts.“ (FG05, T5_2, 56)</p> <p>„Dann natürlich Fortbildung zum Thema multikulturelle, also so interkulturelle Kompetenzen und ganz spezifisch vielleicht Antirassismus. Also das ist ein Thema in sich, Fortbildungen, die aber Pflicht sein sollten und nicht nur für diejenigen, die schon sensibilisiert sind für dieses Thema.“ (FG07, T7_1, Pos. 29)</p> <p>„Also früher hätte ich, glaube ich, gesagt, ja, das ist total wirksam, aber inzwischen, also ich habe eine Ausbildung auch zur Diversity-Trainerin gemacht und mich dadurch viel mit so Seminaren natürlich auch schon beschäftigt und inzwischen bin ich da irgendwie desillusionierter und denke mir, ja, es braucht das auf jeden Fall, also das war überhaupt nicht in Frage zu stellen, das braucht das und einzelne Menschen werden damit definitiv auch erreicht, aber ich glaube, solche sensibilisierenden Kurse alleine haben nicht so viel Effekt, sei es jetzt explizit auf Rassismus oder auch auf andere Diversitätsdimensionen gemünzt; weil es, glaube ich, parallel dazu auch einfach ganz viel Berührung braucht, also wenn da jetzt ein weißer Arzt, der in allen Hinsichten irgendwie dem privilegierten Normenmenschen entspricht, ist und der wird in so einen Kurs geschickt und macht das jetzt einmal, hat aber sonst eigentlich im privaten und auch im beruflichen Kontext eigentlich gar keine Berührungspunkte mit Diversität oder reflektiert darüber sonst auch nie, dann, glaube ich, ist das total schwierig, aber nichtsdestotrotz braucht es diese Sachen meiner Meinung nach unbedingt, aber auf einer Ebene, die Leute auch berührt, die nicht einfach nur die Theorie erklärt, sondern die auch sie wirklich emotional auch erreicht, dass sie selbst vielleicht auch in so einem Kurs Ausgrenzungserfahrungen mal machen müssen in Form von einem Training, dass sie nicht einfach nur den erhobenen Zeigefinger sehen und irgendwie, „hier guck mal, das ist Diversität und es gibt übrigens auch noch Menschen, die sind nicht so wie du“, sondern die müssen es auch irgendwie fühlen und auch mal selber in eine Rolle schlüpfen, davon bin ich überzeugt, dass es das schon braucht, um Menschen zu erreichen und zu sensibilisieren.“ (FG05, T5_1, Pos. 55)</p>	<p>13</p>	
	<p>Multiplikator:innen (in höheren Positionen bzw. mit mehr Handlungsspielraum)</p>	<p>„Und das wäre dann auch mal gut, dass das auch mal Leute von nicht betroffenen Personen hören. Weil oft habe ich das Gefühl, wenn ich dann davon berichte, dass es hier rein und da raus geht und nicht weiter Beachtung geschenkt wird.“ (FG10, T10_1, Pos. 129)</p>	<p>2</p>		

		<p>"ich finde auch, wenn die Stationsleitungen da auch schon vielleicht auch nochmal in gewisser Weise geschult werden, weil ich meine, das ist ja auch in dem Falle meine erste Ansprechperson. Gleichzeitig freue ich mich natürlich auch bei den ganzen nicht medizinischen Personen, oder bei den Ärztinnen, dass da auch dementsprechend die erste Ansprechperson da auch irgendwie nochmal anders sensibilisiert ist durch irgendwelche Maßnahmen. Ja, und dann in der Hoffnung, dass es dann auch irgendwie regelmäßig ans Team weitergetragen wird. Und dass man dann auch vielleicht das nochmal aufzeigt, hey, vielleicht erarbeiten wir es er so und so und halt nicht so." (FG10, T10_1, Pos. 136)</p>		
	<p>Antirassismusstelle</p>	<p>„So I believe that there should be, I know everyone talks about racism, elders in Germany, when there's racism, this is the rule of law or racism. But how do we then follow it up? When you have cases like that, without me having to go to the police or taking it to that side, for me to just be able to get what I want, can there be a structure put in place for us? Where you know that this structure is where you go to, if we are going through anything that has to do with racism or anything, they can then come in, take over that thing for you, and then get it solved. Rather than me having to then take it to the court or law or the police or anything that then would have made me lose what I want to get at that moment. If there was a structure put in place, not for blacks or everyone, where they come in and see, is this really racism? And then what do we need to do to take this off the split here in this place? (FG01, T1_2, Pos. 56)</p> <p>„Und trotzdem muss man sagen, die Personen die auf solchen Stellen sitzen, ich arbeite auch gerade in einem internationalen Unternehmen und da wird diversity zumindest auch relativ groß geschrieben. Und jetzt gerade müssen die aber viele Stellen schließen. Und auch die Menschen, die schon auf diesen Stellen sitzen, sind frustriert, weil die vielleicht was gutes wollen, aber das Unternehmen oder die Klinik oder was auch immer noch nicht bereit dafür ist für diese Veränderung. Deswegen ich glaube schon das so ein Change Management du Quality Management wäre wichtig, aber von oben und das das gesetzlich oder irgendwie so festgelegt ist, damit sich unternehmen wirklich daran halten müssen und es nicht wieder an diesen einzelnen Personen liegt, die dann versuchen irgendwas zu verändern und sich meistens komplett in Burnout arbeiten.“ (FG06, T6_2, Pos. 152)</p>	<p>24</p>	
	<p>Public Health / Politikbezogene Forderungen</p>	<p>„Ich habe noch nichts gehört, aber so Public Health mäßig, weil gerade wenn wir sagen, es gibt psychische Folgen, dass man darüber sensibilisiert, was macht Rassismus mit betroffenen Menschen und auch ihrem Umfeld, weil wenn eine Mutter, ein Vater das über Jahre erlebt, das macht auch was mit den Kindern, das</p>	<p>3</p>	

		<p>Beschwerde- und Meldestrukturen</p>	<p>nimmt ein gewisses Sicherheitsgefühl weg, das nimmt dieses Leichtigkeit, darf ich der Person jetzt trauen? Ich bin die ganze Zeit im Survival Modus eigentlich und gucke die ganze Zeit, wo kommt der nächste Angriff her, dass man das auf Public Health Ebene macht, wie gesunde Ernährung in der Schule, aber dann auf das Psychologische bezogen.“ (FG02, T2_1, Pos. 70)</p> <p>“If it’s beyond the individual level, reporting is a master. Sometimes there are mechanisms that are present where you can report. This is something that organizations should embrace, even in health care. Reporting mechanisms where people can report matters on racism and stuff like this. The other option is to talk to it it’s in the set up, is to put it in writing and say, this is what happened. I spoke with this person about this and this. So reporting to the available anonymous systems, number one, and number two, is handling it directly with leaders. and in writing, it’s very, very important that this is in writing because then there’s a follow-up that can be made on this.” (FG03, T3_4, Pos. 135)</p> <p>“Also, ich glaube, ich würde noch mehr anonyme, anonymisierte Beschwerdestellen und für die Personen, die bei den Beschwerdestellen arbeiten, einfach eine, eine klarere Grundlage und auch etwas, was eben erlaubt zu handeln. Also, ich habe das Gefühl, dass es, das gibt schon ganz viele, es gibt ganz viele Lehr- und Fortbildungsangebote, die sind häufig freiwillig, werden besucht von Personen, die sich eh dafür interessieren oder so eine, die vielleicht auch bereit sind, sich zu reflektieren und die anderen Personen erreicht man einfach nicht. Es gibt Beschwerdestellen, aber da ist dann häufig die Frage, ja und dann, was passiert dann?“ (FG17, T17_1, Pos. 43)</p> <p>“I think too that maybe empowering the patients to hold the health professional accountable. Just a random example. If maybe you entered a praxis and there’s a flyer that says your health professional, your doctor should be kind, should be this, should be this. The things you should expect and if they don’t do it, reports to us here. So you know that this is a standard that I’m supposed to be receiving and if it’s not happening, I can do something about it so I should call it out or something like that. It’s not that you’re at the mercy of whoever it is that you’re seeing as a doctor. [...] A system that cares. [...] It can be as simple as a flyer that’s laying there and says, over here, this is how we operate. You see the doctor, he’s nice, he diagnoses you, you go to the pharmacy. If something doesn’t happen, then you know that “no, this is wrong.” And I can talk about it, I can call it out and ask for the right thing to be done for me. So as a patient, at least you feel more secure that the system cares.” (FG06, T6_1, Pos. 130, 132)</p>	<p>20</p>	
--	--	--	---	-----------	--

		<p>Verbindliche Regelungen / Sanktionen</p>	<p>„So showing that you're not alone in this situation, that there is a system behind it. [...] [T]he problem with racism and discrimination is that you often don't have something in your hand. [...] You don't have the proof. So I think it's very important to give the patients the security, as you said, that there was something wrong.“ (FG06, T6_2, Pos. 131, 133)</p> <p>„Also, ich glaube auch, ob das institutionelle oder sogar gesetzlich verankerte Regelungen sind, die Personen einfach nochmal mehr, ja, Handlungsspielraum geben, wenn es grundsätzlich um Diskriminierung geht. Und das würde ich auch wieder öffnen, auch hinsichtlich anderer Merkmale, also auch hinsichtlich Geschlecht oder so, wenn es um Rassismus geht oder, genau. Also, das ist irgendwie eine, ob es möglich ist, eben da eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, die sowas eher auch ahndet.“ (FG17, T17_1, Pos. 43)</p> <p>„Ich würde sagen, dass ein „Code of Conduct“ auf jeden Fall schon mal wichtig wäre, also dass man wirklich als Organisation, Institution formuliert, das und das geht bei uns, und das geht bei uns nicht. Dass Leute schon mal, also klar gibt es, keine Ahnung, Hausregeln oder das Selbstbild von einer Klinik, aber ich finde „Code of Conduct“ ist schon nochmal spezifischer, wenn es so um Diskriminierung geht“ (FG14, T14_1, Pos. 37)</p> <p>„ich auch ergänzen, dass es definitiv, auch Sanktionsmöglichkeiten braucht, also dass rassistisches Verhalten im Gesundheitsberuf auch in irgendeiner Weise zu handfesten Konsequenzen führen muss und dass auch, dadurch muss es halt echt gut geregelt sein, also gut definiert sein, es muss entsprechend, ja, ein Beschwerdesystem, ein funktionierendes Beschwerdesystem geben und auch Leute, die sich in dem Ganzen gut auskennen, also selbst in einer kleinen Arztpraxis müsste es im Grunde irgendeine Form von Beschwerdemöglichkeit geben, die über eine simple Google-Bewertung hinausgeht und genau, das Ganze müsste halt greifen, so dass es auch zu Sanktionen kommt bei rassistischem Handeln.“ (FG05, T5_1, Pos. 58)</p> <p>„What do they do about the consequence? When those things come up, what happens to those doctors? Do they go through the normal disciplinary measures? A lot of them just, it happens, then life goes on. I believe if there are disciplinary measures in place and it's really known, a lot of them will sit up. It's not just for them to know they are doing it. It's about facing the consequence of that. If they realise</p>	<p>17</p>	
--	--	---	---	-----------	--

		<p>Repräsentation und strukturelle Teilhabe</p>	<p>that their medical licence is at stake, a lot of them would perhaps work on themselves.” (FG01, T1_2, Pos. 71)</p> <p>„Another thing for me is I believe, I know the German government is trying a lot, but they should try to help us look for better ways to integrate our healthcare practitioners to be here. Because I believe if there's more representative of our skin color in the hospital. It will change the perception of some of them. If they begin to have colleagues that are black, I know it will take a while, but just like the US now, at the beginning it was difficult, but there are more people that are blacks in the US after a long time in the professional setting. So even the people that are racist, they cannot, you know, it's just, you know, those ones are just different. There are some people's perceptions that changed as a result of them living everyday with blacks. So if there's a way they can do shortcuts or a special program for healthcare practitioners from Africa, if you've got to make that help them to integrate easier and faster so that we can have representatives of our skin color in the hospital and that makes us even feel, even when we are not going through racism or anything, the fact that there's somebody that has my skin color in that hospital makes me feel safer.“ (FG01, T1_2, Pos. 62)</p> <p>„Ich habe das noch nicht so erlebt, aber ich stelle mir gerade vor, wenn man auch ein Kind ist und zum Arzt geht und man sieht da Bilder, man sieht zum Beispiel, das ist eine schwarze Ärztin, auf einem Bild vielleicht auch. Ich weiß nicht, ob sowas unrealistisch ist, aber ich finde, wenn man das dann einfach öfter sieht, dann wird es einfach normal für einen und dann ist man da gar nicht mehr so, oh, sie ist schwarze, sondern einfach, oh, sie ist halt meine Ärztin, die Hautfarbe ist komplett egal, weil ich weiß quasi, alle Menschen, jede Hautfarbe sind Ärzte, so ganz normal, ne? Und dass man mehr Bilder sieht irgendwie, halt in Wartezimmern, im Flur, einfach so, ja, weiß nicht, so normale Bilder, auf Broschüren“ (FG21, T21_2f, Pos. 65)</p>	<p>21</p>	
	<p>Wissensvermittlung und Aufklärung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementierung in Ausbildung/ Studium 		<p>Ich glaube, das ist eine gute Gelegenheit und auch so durch so Poster und so einfach so darauf Aufmerksamkeit zu machen. Also ich glaube, in jeder Praxis ist es irgendwie so eine Pinnwand und da kann man ja auch so Aufklärungsposter aufhängen oder so. (FG20_ T20_2, Pos. 82)</p> <p>„Ich glaube, so Fortbildungen, die klickt man so weg, ehrlich gesagt. Also vielleicht würde es mir helfen, wenn das so wirklich in Person wäre, wenn da jemand steht und man richtig das erläutert und man muss vernünftig zuhören, weil leider passiert</p>	<p>Subkategorie gesamt: 80</p> <p>Wissensvermittlung und Aufklärung (ohne</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> • Fort-/ Weiterbildung • Forschung • Handlungsleitfaden • Tagungen/Symposien 	<p>ganz viel online. Dann macht man ja klick, klick, genau, nicht rassistisch, fertig. So habe ich jetzt mein Siegel bekommen und das war's. (FG20_T20_3, Pos. 84)</p>	<p>Subkategorien): 31</p> <p>Implementierung: 23</p> <p>Fort-/ Weiterbildung: 19</p> <p>Forschung: 5</p> <p>Handlungsleitfaden: 1</p> <p>Tagungen: 1</p>
	<p>Übersetzung und sprachliche Zugänglichkeit</p> <p>Communitybasierte Ansätze und Selbstorganisation</p> <p>Kontrollinstanz/Dokumentation</p>	<p>„T6_2: And maybe it's not human translators. Maybe we can have an app or something for translation in the healthcare system.” (FG06_1106_SPsy_pseudo_AH, Pos. 119)</p> <p>“it's a mindset thing that also we need to actually try to stick together and connect each other. So now I know you're in dermatology doing your doctors there for example or I do this and then you have a reference point, you know. You have reference points for other black people who may need your help. Now you can connect them. So that's a great thing.” (FG03, T3_2, Pos. 162)</p> <p>„I think there has to be something, not recording or anything, something that will put in place, something that will check me together. Even if I don't know that I'm going through that kind of situation, I don't know what they can do. Like something that maybe the conversation between me and my doctor can be revealed by somebody. Just like the healthcare, like the customer care. Sometimes they'll tell you this is being recorded. If there's something like that, I don't know what they can do to put</p>	<p>9</p> <p>6</p> <p>5</p>	

		<p>that in place where people can then sit up. I believe they will sit up. There will be a lot of difference. Something that will be put in place where you can check mates or check them or check whatever they are doing to us. It won't be just them seeing it. It could be something, maybe a recording or something that can be revealed or picked randomly to see how this person spoke with this person. Because a lot of us don't even know we are going through racism sometimes because of the language barrier." (FG01, T1_2, Pos. 60)</p> <p>„den Fall von Fall genau angucken, genau aufrollen, die einzelnen Schritte ganz genau sich anschauen. Wo wurde was falsch gemacht? Mit den Leuten ins Gespräch gehen, transparent aufarbeiten, viel aufklären. Wenn das nicht passiert, dann entsteht diese generelle Skepsis und auch diese falschen Einordnungen. [...] [systematische Strukturen, die dabei unterstützen, Ann. AH] gibt es nicht. Also das muss jeder sich selber aneignen. Also jedes Krankenhaus hat ja ein QM-Management, wenn ein unerwünschtes Ereignis auftritt wird es ja sowieso grundsätzlich aufgearbeitet und man fragt sich, welche Faktoren haben dazu beigetragen? Welche Patientenbezogenen Faktoren? Welche Umweltfaktoren und so weiter? Also ich sag mal so, wenn ich ein Röntgenbild mache von einem Patienten und ich röntge die falsche Person, dann wird das analysiert, guckt man, woran lag das? Mitarbeiter bezogen: Hat der Mitarbeiter den Armband nicht richtig gecheckt? Gab es Sprachbarrieren und so weiter? Es gibt ja immer Faktoren, die einen Fehler begünstigen. Und ich glaube, solche Modelle müssen auch nochmal angepasst werden für solche Rassismuserfahrungen. Das gibt es nicht.“ (FG12, T12_1, Pos. 36, 38)</p> <p>“Und da würde ich deswegen auch sagen, es braucht nochmal so eine Kontrollinstanz. Vielleicht so, dass wann immer es um dieses Thema geht, dass die das vil. nochmal approven lassen müssen von irgendeiner Kontrollinstanz, das man halt sieht, das ist jetzt nicht nur Checkliste, ich habe jetzt das Seminar fertiggemacht, präsentiert und jetzt gehe ich nach Hause. Sondern ich habe mich wirklich ein bisschen kritischer damit auseinandergesetzt und nicht nur einfach irgendwas reproduziert. Oftmals werden Narrative dann auch reproduziert.“ (FG03, T3_2, Pos. 177)</p>	<p>5</p>
		<p>Feedback/Evaluation</p> <p>„I think for every doctor visit that you record or they record you one way or the other, maybe through the doctor's file or anything, there should be some sort of feedback. Maybe they send it to you through email or they give it to you immediately as a paper. They can ask you, oh, do you want us to send feedback to you through email or we should just give you this paper and you fill your feedback form. And this</p>	

			<p>feedback form should not go back only to the doctors but it should go into like a human resource body that will look into this feedback and they can deduce from it like any issue or anything in place. Because I feel feedback has always been the most anonymous and best way to rate a service or a product. So feedback, I feel, is a very fast way and this feedback should not just go to the doctors. It should go into a personnel that looks into maybe racism or human services in the industry.” (FG01, T1_4, Pos. 61)</p>		
Veränderungswünsche	Erwartungen und Wünsche an Veränderungen im Gesundheitswesen zum Abbau von Diskriminierung	-	<p>„Was ich mir wünschen würde, ist, dass die Menschen sich trauen, sich zu beschweren, Patienten und Patientinnen. Ich glaube, es gibt so viele. Und aber auch zum Beispiel Reinigungskräfte, die in unserer Klinik, die sich nicht trauen, diese negative rassistische Erfahrungen zu „report“. Also sie trauen sich nicht, sich zu beschweren, einfach weil sie nicht die Zeit haben, die Energie. Also wenn wir so weit sind, dass sie sich trauen, darüber zu reden, also ich glaube, das wäre schon ein super Vorschnitt. Weil das bedeutet, wir haben als Gesellschaft ganz viel erreicht. Das reicht nicht, wenn wir jetzt schön auf der Webseite Videos veröffentlichen mit schwarzen Gesundheitskräften oder mit Menschen aus „all corners of the world“. Wenn eigentlich als Institution man tut nichts, wenn sowas passiert. Es gibt keine Konsequenzen. Ich glaube, wir brauchen viel „Empowerment“ für diejenigen, die betroffen sind. Das wünsche ich mir, dass die Menschen sich trauen zu sagen, das ist nicht richtig.“ (FG07_T7_1, pos. 35)</p> <p>„dass man auch als Patient nicht fürchten muss, dadurch, dass man da ankommt, dass man schlechte Medizin erfährt, schlechte Behandlung, Behandlung im Sinne von medizinischer, aber auch wie man interpersonell behandelt wird.“ (FG08_T8_1_Pos. 116)</p>	<p>Gesamt: 200</p> <p>5</p>	<p>Kodiert werden alle Textstellen, in denen konkrete oder allgemeine Erwartungen, Forderungen und Wünsche geäußert werden, wie Diskriminierung im Gesundheitswesen abgebaut werden kann oder sollte.</p>
	Supervision/regelmäßige Teambesprechungen	<p>Gedenk- und Aktionstage</p>	<p>„And also there should just be some sort of celebration of important days. Black History Month, things like this. That should just be part of the system. Sometimes it's talked about in bits, but I think it's important. And it goes beyond just race and other also important aspects of diversity, equity and inclusion” (FG03, T3_4, Pos. 158)</p> <p>„dass wir jetzt in der Psychiatrie sehr viele Teambesprechungen haben, würde ich es mir eigentlich auch für die Somatik wünschen. Weil ich finde, das ist ein sehr hilfreiches Tool, wenn man solche schwierigen Situationen nachbesprechen möchte. Und so habe ich jetzt gerade für meinen Arbeitsalltag eher das Gefühl, wenn jetzt irgendwas wäre, dann kann ich mich auf jeden Fall auch an mein Team wenden. Also, dass das Gefühl auf jeden Fall immer da ist und gestärkt ist. Und das würde ich mir für alle Bereiche, ehrlich gesagt, wünschen.“ (FG10, T10_1, Pos. 119)</p>	2	5

		<p>Erwartungen:</p>		<p>Subkategorie gesamt: 64</p>
	<p>Allgemein</p>	<p>„Sehr, sehr wichtig, dass die Gesundheitsversorgung nicht davon abhängt, welcher Herkunft man hat. Dass alle die gleich gute Gesundheitsversorgung bekommen. Dass alle sich auch verstanden fühlen im Gesundheitssystem. Dass man ausreichend Zeit für sie nimmt und sie das Gefühl haben, dass sie einfach angenommen werden, dass Vertrauen besteht, dass sie gut behandelt werden.“ (FG12, T12_1, Pos. 48)</p> <p>„wir Menschen bilden das System. Also das System ist nicht irgendwas passives, sondern es sind Menschen, die Probleme sehen, ignorieren, oder Dinge machen oder nicht machen, die dann eine Struktur bilden. Und wenn man dann sagt, wir haben gemerkt, es gibt ein Problem, dir ist das widerfahren, was können wir jetzt für die gesamte Station machen oder das gesamte Haus machen, dass wenn so etwas wieder passiert, dass dann die nächste Person es leichter hat. So müsste man das System halt ändern.“ (FG03, T3_2, Pos. 139)</p>	<p>2</p> <p>29</p>	
	<p>an gesellschaftlichen Wandel</p>	<p>„I think not only Germany has a problem. There are other countries maybe working better, but Germany is one of the countries with the most diverse people. So I think we have definitely a bigger struggle than other countries. But also countries who experience the whole diversity topic for a long time, such as USA, they are not that much better than us. (lachen) So I think it is not only thinking how other countries are doing it also, but also being future oriented and think new ways of working.“ (FG06, T6_2, Pos. 168)</p> <p>„Ich glaube, es ist am Ende doch immer nur Bildung und Aufklärung. Dass man alle Menschen ein Bewusstsein dafür schafft, gesamtgesellschaftlich, dass das ein Problem ist, mit dem wir konfrontiert werden. Und es nicht immer [...] unter den Teppich gekehrt [wird]. Und dass man da diese Hemmungen, Barrieren wegmacht, dass man darüber spricht und dass Leute das for real erleben.“ (FG13, T13_1, Pos. 139)</p>	<p>29</p>	

			<p>„Ich wünsche mir, dass wir mit weniger Stress in Deutschland leben können. Wir haben nur dieses eine Leben. Wenn man von der Schule, Stress, Arbeitsstelle, Stress, Familie, Stress. Man ist nur Stress gewohnt. Und da müssen wir Wege finden, dass wir diesen Stress abbauen können. Dass wir ein bisschen lässiger und ruhiger leben können. Das dürfen wir, das müssen wir uns erschaffen. Je älter man wird, da überlegt man sich, warum bin ich überhaupt hier geblieben. Also ihr seid noch jung, man kämpft und kämpft und kämpft. Und am Ende, ich habe nie in meinem Leben gedacht, dass ich in meinem Alter hier in Deutschland werde. Nein, ich war immer in Deutschland mit einem Fuß hier und einem Fuß zu Hause. (FG04, T4_3, Pos. 106)</p>	
	<p>an Community</p>	<p>„Aber ich würde es, ich würde mehr Bewusstsein verschenken an alle Schwarzen. [...] Weil manchmal sind wir so viel runtergedrückt, dass wir verlieren einfach die Kraft weiter zu kämpfen. Viele akzeptieren Dinge, was sie nie im Leben akzeptieren würden, einfach weil es geht ja halt nicht anders. Ich muss die Realität akzeptieren. [...] Und trotzdem damit kämpfen. [...] dass wir denken, das machen wir jetzt. Weil wir es wollen, weil wir es können. Und egal, was sie uns sagen, das schaffen wir. Ja. Und wir kämpfen einfach weiter. Wir werden die Dinge ändern. Es wäre nicht mehr so eine [ansammelnde?] Situation, einen schwarzen Arzt zu sehen. Es wäre ja normal.“ (FG13, T13_2, Pos. 131, 133, 135)</p>	<p>1</p>	
	<p>an/für sich selbst</p>	<p>„irgendwie für sich selbst einzustehen, weil gerade wenn du so schwierige Situationen hast und dann irgendwie gerade so was die Gefühlsebene angeht, dass du da auch, dass einem selber da auch irgendwie nichts so abgesprochen wird oder wenn man jetzt gerade, wenn ich jetzt an meinem Fall, was ich aus dem ambulanten Pflegedienst dann irgendwie nochmal erwähne, dann irgendwie, dass wir das ja so schnell über den Teppich gekehrt haben und mich das aber schon länger beschäftigt hat und ich da nicht trotzdem nochmal irgendwie ein Gespräch gesucht habe oder so, sondern es einfach so hingenommen habe. Werde ich jetzt auf jeden Fall irgendwie nochmal anders in meinen Arbeitsalltag irgendwie nochmal reingehen.“ (FG10, T10_1, Pos. 153)</p>	<p>3</p>	
	<p>Critical Whiteness Perspektive /Antirassismus</p>	<p>„auf einer strukturellen Ebene würde ich mir, zumindest in der Psychotherapieausbildung auf jeden Fall wünschen, dass es notwendig ist, sich als Psychotherapeut*in sich mit weiß sein auseinander zu setzen. [...] Weil ich habe so dass Gefühl, dass... Ja (lacht)... Aber es ist so der einzige Weg, weil wir machen immer so Rassismustraining bla bla, aber das ja auch ein ganz großer Teil davon ist, sich mit dem eigenen weiß sein und der eigenen Rolle und wie man vieles reproduziert und wovon man profitiert, auseinandersetzt, habe ich aus meiner</p>	<p>5</p>	

			<p>eigenen Erfahrung gesehen, dass das eigentlich der krasse Prozess ist, der in Leuten das hervorbringt, dass sie wirklich langfristig darüber nachdenken. Weil ich habe so das Gefühl, ja dann hatten wir jetzt so einen Vortrag [...] zu Rassismus und Psychotherapie, dann checken die das von ihrer Liste ab und ich weiß noch am Ende der Runde war so ah ja das ist voll gut zu wissen, dass wir jetzt auch einfach so alle Leute behandeln können und das ist ja nicht so, also würde ich jetzt behaupten. Und ich finde das irgendwie voll wichtig, ob das jetzt in der Selbsterfahrung, in der Theorie ist, was ist weiß sein und genau, den Blick so ein bisschen auf die sogenannte Norm richten anstatt immer auf, die Person, die von der Norm abweicht, in Anführungszeichen.“ (FG03, T3_1, Pos. 166)</p>	
	Wissensvermittlung/ Sensibilisierung		<p>„Und ja ich hab's halt dann in der Ausbildung habe ich das auch immer angesprochen. Auch über meinen Praxisanleitenden. Oder bei den examinierten Pflegekräften. Aber oftmals wussten sie aber auch nicht so recht, was sie mit der Situation machen können. Oft hieß es ja, dann müsst ihr vielleicht nicht mehr in das Zimmer gehen. Aber gleichzeitig gab es ja auch irgendwie nie eine Konsequenz für den Patienten. Was ich mir dann in solchen Situationen auch gewünscht hätte, wäre, dass sie auch mal auf die jeweiligen zugehen. Und auch vielleicht mal sprechen, was daran nicht in Ordnung gewesen ist.“ (FG10, T10_1, Pos. 95)</p>	24
	Sichtbarkeit/Anerkennung/ Repräsentation		<p>„Aber ich fand es auch schade von den Pflegern, natürlich haben sie mir in dem Moment geholfen, aber sie haben gar nicht validiert, was mir gerade so erfahren ist und dann konnte ich in dem Moment auch nicht traurig darüber sein. Ich weiß nicht, es war eher so ein Schock. Und danach musste ich erstmal eine Stunde nach Hause laufen, statt zur U-Bahn bin ich nach Hause gelaufen, weil ich musste erstmal klar kommen, was gerade passiert ist. Und zudem, ich wünschte man würde unsere Rassismuserfahrungen in solchen Kontexten auch validieren, auch wenn es demente kranke sind die uns rassistisch beleidigen [...], dass man das einfach validiert. Ich bin auch eine Person die persönlich sagt, erstmal den eigenen Schmerz validiert, wenn es einen Grund gibt [unv.]. Ich habe legitim eine Krankheit, die dafür sorgt dass ich viel Schmerzen habe und genauso brauche ich es auch vom System einfach, dass sie meine Erfahrung, die ich in dem System erlebe, validiert und auch ansieht.“ (FG03_T3_3, Pos. 136)</p>	28
	Sprache/Übersetzung sangebote		<p>„Es gibt einfach zu wenig Supervision, aber dann auf jeden Fall Supervision für, ja, wir haben diesen Patienten, ich bin mir unsicher, wie ich da rangehe und so weiter, wie gehen wir damit um, wenn PatientInnen nicht Deutsch sprechen, aber Englisch, vielleicht muss jeder jetzt mindestens medizinischen Englisch, was weiß ich, B1, ich bin mir nicht sicher, aber sowas machen, das kann auch nicht sein, wir sind so ein</p>	6

		<p>internationales Land, oder wir sind diese Länder, wir sind so offen jetzt, die ganze Welt, wir können nicht erwarten, dass, es muss ja nicht mal ein Geflüchteter sein, es kann ja sein, jemand ist gerade hier zu Besuch und hat gerade was und er ist im Krankenhaus, soll der nicht behandelt werden, weil gerade im Dienst niemand Englisch kann?“ (FG02, T2_3, Pos. 62)</p>	
	<p>Sensibilität im Umgang</p>	<p>„Ich würde mir wünschen, dass jede Person das Gefühl hat, gut bei seinem Arzt aufgehoben zu sein und dass man das Gefühl hat, man kann jedes Problem ansprechen, ohne direkt in so eine Schubade gesteckt zu werden. Und auch, dass man seine Kollegen auf Augenhöhe sieht und dass man sich auch so ein bisschen bemüht, Namen zu lernen oder sich bemüht, die so ein bisschen kennenzulernen, was ja logisch wäre, wenn man jeden Tag zusammenarbeitet und sich auf die andere Person verlassen muss (FG20_T20_2; Pos. 106)</p> <p>„aber so Public Health mäßig, weil gerade wenn wir sagen, es gibt psychische Folgen, dass man darüber sensibilisiert, was macht Rassismus mit betroffenen Menschen und auch ihrem Umfeld, weil wenn eine Mutter, ein Vater das über Jahre erlebt, das macht auch was mit den Kindern, das nimmt ein gewisses Sicherheitsgefühl weg, das nimmt dieses Leichtigkeit, darf ich der Person jetzt trauen? Ich bin die ganze Zeit im Survival Modus eigentlich und gucke die ganze Zeit, wo kommt der nächste Angriff her, dass man das auf Public Health Ebene macht, wie gesunde Ernährung in der Schule, aber dann auf das Psychologische bezogen.“ (FG02, T2_1, Pos. 70)</p>	<p>9</p>
	<p>Institutionelle Beratungsangebote/ Supervision</p>	<p>„Ich fand es gerade richtig toll, dass du das sagst. Weil es waren ja die Pfleger, die dir geholfen haben. Das war j wahrscheinlich auf individueller Ebene, dass sie sich einfach nicht darüber bewusst waren, dich einfach kurz mal beiseite zu nehmen “ey geht es dir gut“ und so weiter und so fort. [...] da denke ich mir sowieso in Gesundheitseinrichtungen in unserem Beruf, auch mal einfach jemanden zu beauftragen, der vielleicht einmal im Monat, das man einen Anspruch haben könnte, mit der Person zu sprechen. Also wenn ich jetzt in der Pflege arbeite, dass ich weiß so ich kann mich an jemanden wenden oder die Person ist sogar eingestellt dafür einmal im Monat nur für uns dazu sein, fragt ist alles gut, ist irgendwas passiert den Monat, gibt es irgendwas worüber du mit mir reden möchtest, um auch einfach weiterhin dafür zu sorgen, auch im System dass Leute die diese Erfahrungen leider auch machen werden, ob die wollen oder nicht, trotzdem noch auch gut aufgestellt sind oder dass irgendwie auch gesehen wird. Und das könnte man auch systematisch einführen so. Ich kann nicht von jedem Menschen verlangen auf Station du musst perfekt geschult sein [unrv.] und so weiter, das ist ja auch ein</p>	<p>7</p>

		<p>Fokus auf Vorteile von Diversität und Ressource</p>	<p>Prozess. Aber wenn es dann so oft heißt Menschen mit Rassismuserfahrungen, dass ist ein Problem und so weiter, dann macht doch etwas Praktikables, um sozusagen dafür zu sorgen, um Last abzunehmen“ (FG03, T3_2, Pos. 139)</p> <p>„T9_3: And then I would also encourage many black people to study medicine. I keep saying it yeah, become doctors, become nurses, researching yeah T9_2: Something like black in medicine is there. So, funding for them also, like funding for like the good community projects that are trying to like find solutions for all of these problems because we know that we have these problems. And we are trying to do something but it is very very difficult.“ (FG09 Pos. 118-119)</p>	<p>3</p>	
	<p>Feedback/Evaluation</p>	<p>„Also maybe like I said earlier, maybe some sort of feedback loop so that it can be like a checkmate so that we can know that the doctors are doing well, they are receiving criticism as well and they are taking correction as well. So something like that also should, I wish it can be in place this way. I mean, even if they start somehow, they are going to always be providing correction over the years“ (FG01, T1_4, Pos. 77)</p>	<p>4</p>		
	<p>Empowerment / Hilfe zur Selbsthilfe</p>	<p>„ich mache Rassismuserfahrungen sowohl von Patient*innen als auch von Personal. Und das ist eigentlich fast so, ja klar kann man das melden, aber wenn jemand eine krasse Psychose hat und dann irgendwas zu mir sagt, dann kann ich das melden, aber was soll man da machen. Und was ich mir glaube ich voll wünschen würde, wären so Psychohygiene Tipps, auch einfach wie kann ich mit sowas umgehen, weil es gibt leider nicht in allen Institutionen so eine Meldestelle und man selber hat vielleicht auch nicht immer die Energie darauf zu pochen, dass sowas etabliert werden muss. Genau, und das fehlt mir so ein bisschen, wie gehe ich mit struktureller Diskriminierung in diesem Bereich um, weil realistisch gesehen werde ich für den Rest meiner Karriere damit konfrontiert sein. Und was kann ich machen? was kann ich für mich selber tun? Und ich finde das voll interessant, in der Psychotherapeuten Ausbildung macht man Selbsterfahrung und so Selbstfürsorge und wir haben ja so ein hohes Burnoutisiko [...]. Aber ja so konkrete Tipps für Leute, die strukturell diskriminiert werden und die das vermutlich auch in der psychotherapeutischen Praxis erfahren werden, die gibt es bis jetzt noch nicht und ich glaube ist auch kein Fokus in der Selbsterfahrung oder so (FG03, T3_1, Pos. 147)</p>	<p>4</p>		
	<p>Normalität/Gleichber achtung</p>	<p>„For me it is just, why do we even have to have this discussion and this topic of racism. This is my dream that we get to a point that we don't have to talk about this ans we see each and every person as an individual, but not my colour of skin or my</p>	<p>14</p>		

		<p>features, facial features or which language I speak. I just dream that it will be a point that racism will not be a topic that has to be" (FG03, T3_4, Pos. 189)</p> <p>"Ich glaube, wenn ich eine Wunsch frei hätte, dann wäre es, dass man etwas von der Schwierigkeit nimmt, darüber in den Austausch zu kommen. Also ich glaube, dass das mit einfach ganz viel zusammenhängt. Dass Rassismus, ich glaube, wirklich historisch bedingt so lange, immer noch, glaube ich, in vielen Bereichen so sehr ein Tabu ist. Was auch dazu führt, dass das Erleben, dass das Sprechen darüber, dass das sich rassistisch verhalten darüber, ja häufig nicht besprochen wird. Und ich glaube, ich würde mir wünschen, dass das Thema Rassismus, Antirassismus zu einem Thema werden könnte wie viele andere Themen auch, wo es darum geht, sich Wissen anzueignen, sich irgendwie zu reflektieren, aber ohne diese Last auf dem Thema. Das häufig mitschwimmt, wo ich immer denke, dass das ein Vorankommen einfach erschwert. Aus meiner Perspektive gehört da, ja, vielleicht belasse ich es auch einfach dabei. Ich glaube, das würde ich mir wünschen, dass ein darüber sprechen leichter wird." (FG17, T17_1, Pos. 49)</p>	
	<p>Strukturelle/politische Veränderungen</p>	<p>„Weil das System ist so geschaffen, dass es uns nicht besser gehen darf. Weil sonst geht es den Westen schlechter. Und man guckt, was jetzt politisch passiert in Westafrika und, und, und. Wir wollen das nicht zulassen. Wir sind reich. Wir sitzen auf Gold, auf Diamanten, auf Lithium, auf alles. Trotzdem haben unsere Kinder kein richtiges Schulgebäude. Die müssen laufen bis zur Schule oder mit Kanus fahren und, und, und. Das sind alles Bilder, was uns nicht unbedingt bezieht zu Menschen mit großem Selbstbewusstsein. Wenn man sieht, was um uns herum passiert. Das heißt, wir trainieren unsere Kinder bis sie 18, 20 werden, Hochschule, und dann investieren und dann sind die weg. Die sind weg, weil die keine Arbeit kriegen in Afrika. Die haben Kenntnisse erworben, die wollen Arbeit, die haben auch die Kraft, aber die kriegen keine Arbeit. Und der Traum ist weg.“ (FG04, T4_3, Pos. 106)</p> <p>„I would like a place where like there's an exchange you know? Medical practitioners from Nigeria, from Africa could come here walk, you know, what you see in other sectors. There's this researchers come from Africa to work on something but the health, it's like the healthcare here, I understand, health is very important. It's closed before you access as a practitioner. You don't just have to know German, you have to know „Fach“ German. You have to, so you can't just come from a doctor in Nigeria and work here. But they can loosen up things where a specialist from Nigeria can come here, they can just have a round table, talk about things, they have many things to learn. And then maybe yeah, this exchange flow of ideas, I would want to have it. Then I also want to have like she said, like a hospital for black people. If I</p>	<p>15</p>

		<p>Community Support/Netzwerke</p>	<p>knew there's a hospital where black malaria treatments are there,they understand the issues of black people. I would go there, maybe not always but at least I know that it's there. It gives me some calm, so." (FG09, T9_3, Pos. 111)</p> <p>„wir müssen uns daran gewöhnen, unsere Informationen so auszutauschen, dass unsere Nachkömmlinge nicht die gleichen Probleme kriegen wie wir. Und das denke ich kann nur jetzt mit diesen sozialen Medien und so, ne? So Scholarships Möglichkeiten. Wo gibt sie die? Für Menschen, die das nicht wissen. Wie kann man denn Probleme miteinander beschweren? Dass wir selber für unsere Stunden wir Netzwerke bilden, wo wir miteinander über unsere Probleme reden können.“ (FG04, T4_3, Pos. 106)</p> <p>„I would say like maybe also a network where like racism, sensitive doctors that either they call themselves that or they are like affected themselves. Like they are willing to give their services to people affected from racism and treat them with like intention and goodwill. So that we can just be safe simply.“ (FG09, T9_2, Pos. 117)</p>	<p>3</p>	
		<p>Enthierarchisierung</p>	<p>„Und ich würde nur noch ergänzen, dass, ja, ich würde mir irgendwie wünschen, dass dieses Machtgefüge, dieses krasse Machtgefüge, so, ne, der Patient oder die Patientin steht generell eher da unten und der Arzt oder die Ärztin steht da oben, dass das irgendwie, ich weiß nicht wie, aber dass das nicht mehr so extrem überbordend wäre. Und Ärzte und Ärztinnen sich auch mehr als, ja, irgendwie auch Dienstleistende verstehen und gar nicht nur so sehr als, dass der Patient oder die Patientin auch so ein bisschen aus dieser Bittsteller-Rolle rauskommt und dass eher so ein, ja, so ein pflichtbewusstes Dienstleistungsverhältnis wird und beide sind dabei irgendwie auf Augenhöhe. Und dass dieses Bittsteller-Ding mal aufhört. Dieses krasse Machtgefüge.“ (FG05, T5_1, Pos. 62)</p>	<p>2</p>	
		<p>(Post)Koloniale Gerechtigkeit</p>	<p>„Wenn ich, und da sind wir wieder bei dem Thema, wo Geld ist, da ist auch die Macht, wenn ich eine Stellschraube verändern müsste, um zu sagen, okay, so findet eine Diskussion oder eine Argumentation auf einer Ebene statt, wo man gleichwertig ist. Also wenn ich eine Sache verändern könnte, dann wäre es, dass Europa, der Westen, den gerechten Preis dafür zahlt, für alles, was sie vom afrikanischen Kontinent hauptsächlich, aber natürlich auch vom Rest der Welt extrahieren, um ihren Reichtum zu haben. Und ich glaube, also das wäre, glaube ich, eine sehr effiziente Art und Weise, Rassismus abzubauen, indem man eine finanzielle Entschädigung gibt für das, was man extrahiert, beziehungsweise auch, also man könnte dann auch nochmal anfangen, sind diese kapitalistischen Extrahierungsmethoden, kann man die nicht auch kritisieren, aber es ist einfach so,</p>	<p>1</p>	

		<p>dass wir in einem kapitalistischen System leben und ich würde es auch super gerne verändern. Aktuell denke ich, wenn der Westen faire Preise für die Rohstoffe bezahlen würde, die vom afrikanischen Kontinent extrahiert werden, das schon sehr viel getan würde. Oder auch die eigenen Regeln, das ist ja auch immer sehr spannend mit europäischen Kulturen oder mit westlichen Kulturen. Einerseits ist es so, hier, das steht auf dem Papier, du darfst dich so und so nicht verhalten, aber es gilt halt nicht für alle. Also wir haben Menschenrechte und wir sind gegen Kinderarbeit, aber niemand nimmt sein iPhone in die Hand und denkt an Kinder im Kongo zum Beispiel. Genau, ich denke, wenn wir damit anfangen würden, den gerechten Preis für das zu zahlen, was wir so selbstverständlich nutzen in Europa, dann kommen schnell die Gedanken in die Richtung, wie gestaltet man die Welt, dass sie gerechter ist.“ (FG14, T14_1, Pos. 43)</p>	
	<p>Offener Austausch</p>	<p>„Ich glaube, wenn ich eine Wunsch frei hätte, dann wäre es, dass man etwas von der Schwierigkeit nimmt, darüber in den Austausch zu kommen. Also ich glaube, dass das mit einfach ganz viel zusammenhängt. Dass Rassismus, ich glaube, wirklich historisch bedingt so lange, immer noch, glaube ich, in vielen Bereichen so sehr ein Tabu ist. Was auch dazu führt, dass das Erleben, dass das Sprechen darüber, dass das sich rassistisch verhalten darüber, ja häufig nicht besprochen wird. Und ich glaube, ich würde mir wünschen, dass das Thema Rassismus, Antirassismus zu einem Thema werden könnte wie viele andere Themen auch, wo es darum geht, sich Wissen anzueignen, sich irgendwie zu reflektieren, aber ohne diese Last auf dem Thema. Das häufig mitschwimmt, wo ich immer denke, dass das ein Vorankommen einfach erschwert. Aus meiner Perspektive gehört da, ja, vielleicht belasse ich es auch einfach dabei. Ich glaube, das würde ich mir wünschen, dass ein darüber sprechen leichter wird.“ (FG17, T17_1, Pos. 49)</p>	<p>2</p>
	<p>Konsequenzen/Sanktionen</p>	<p>„wenn man es beobachtet, man entsprechend auch Konsequenzen gibt. Also dass es dann eine Abmahnung oder was auch immer, wenn man beobachtet, der Kollege ist häufig rassistisch und dass nicht, dass einfach ignoriert wird oder verschönigt wird, sondern dass es Folgen auf sich hat, damit man auch merkt, man darf nicht rassistisch sein.“ (FG20, T20_1, Pos. 103)</p>	<p>2</p>
	<p>Versorgungssicherheit</p>	<p>„Ich würde mir wünschen, dass jede Person das Gefühl hat, gut bei seinem Arzt aufgehoben zu sein und dass man das Gefühl hat, man kann jedes Problem ansprechen, ohne direkt in so eine Schubade gesteckt zu werden“ (FG20, T20_2, Pos. 106)</p>	<p>1</p>

<p>Wissen zu bestehenden Maßnahmen</p>	<p>Wissen zu bestehenden Schulungen, Weiterbildungen oder anderen Maßnahmen oder Programme zu Rassismus oder interkultureller Kompetenz</p>	<p>Veränderungen (Asyl-) Politik</p>	<p>„Das wäre dann sogar eher auf eine politischere [Ebene, Anm. AH], also mehr wie man mit Geflüchteten umgeht, Asylpolitik, Flüchtlingspolitik“ (FG02, T2_3, Pos. 62)</p> <p>„Es [gibt] ja, glaube ich, Bemühungen für sensibilisierende Studieninhalte, also Seminare, die dann die angehenden Medizinerinnen sensibilisieren sollen in Bezug auf Rassismus. Ich weiß jetzt aber nicht genau, ob das schon irgendwie auch verpflichtend ist oder freiwillig, da habe ich jetzt keine Einblicke, aber das wäre jetzt was, was mir einfällt. Genau, und so aus meinem eigenen Arbeitskontext im Antidiskriminierungsbereich, aber jetzt eben nicht konkret Gesundheit, habe ich schon immer den Eindruck, irgendwie müssen Sachen eigentlich verpflichtend sein, damit sie irgendwie überhaupt angenommen werden. Gleichzeitig kann das auch viel Gegenwehr auslösen“ (FG05_T51, Pos. 52)</p> <p>„Also, die [Schulungen, Seminare zu Rassismus, Anm. AH] sind sehr gut gemacht und zugänglich. Leider sind sie sehr schlecht besucht. Nochmal, die werden besucht von jenen, die schon sensibilisiert sind. Und ich weiß, dass es schwierig ist, diese Themen als Pflicht sozusagen zu machen, aber wir haben zum Beispiel eine Pflichtfortbildung zu Feuermiöschchen. Also, ob das gesellschaftlich so wichtig angesehen wird als die anderen Themen. Das ist ein langer Weg, glaube ich. Ja, es ist schwierig, diejenigen zu gewinnen, die das wirklich brauchen. (FG07_T7_1, Pos. 31)</p> <p>„I have heard of one in Berlin. I've not worked with them but I just I've heard of their flyers. So what they try to do is to they focus on maybe one sector or one disease. I've heard of their diabetes intervention. So they kind of tell you what. They have flyers, info materials, tell you what the symptoms are and then they tell you the treatment options you have. So and how to navigate the system, if you have diabetes. So I just thought „oh this is very good“. Imagine like they have something for this, for the main issues that migrants communications have. Like if coming back to maioma. If I'm told „oh this is this, this is that, these are the options you have“. „If you have this insurance, this is where to go“. (FG09_T9_3, Pos. 107)</p>	<p>1</p> <p>Gesamt: 21</p>	<p>Kodiert werden alle Textstellen, in denen die interviewten Personen ihnen bekannte Schulungen, Weiterbildungen oder andere Maßnahmen oder Programme zu Rassismus oder interkultureller Kompetenz benennen, ohne diese zu bewerten bzw. als mögliche Lösungsansätze darzustellen.</p>
<p>Hamburgspezifische Besonderheiten</p>	<p>Erfahrungen, Wahrnehmungen und Einschätzungen, die sich spezifisch</p>	<p>„Hamburg is one of the most exposed cities in Germany. And there are a lot of blacks here“ (FG01, T1_2, Pos. 30)</p> <p>„Ich glaube strukturell, was gut helfen würde, ist einfach, wenn es mehr Diversität im Gesundheitssystem gibt. Sowohl oder eigentlich vor allem beim medizinischen Personal. Und das fängt ja damit schon an, dass man eigentlich auch mehr schwarze Personen im Studium bräuchte. Also da beginnt eigentlich die Frage,</p>	<p>„Hamburg is one of the most exposed cities in Germany. And there are a lot of blacks here“ (FG01, T1_2, Pos. 30)</p> <p>„Ich glaube strukturell, was gut helfen würde, ist einfach, wenn es mehr Diversität im Gesundheitssystem gibt. Sowohl oder eigentlich vor allem beim medizinischen Personal. Und das fängt ja damit schon an, dass man eigentlich auch mehr schwarze Personen im Studium bräuchte. Also da beginnt eigentlich die Frage,</p>	<p>Gesamt: 14</p>	<p>Kodiert werden alle Textstellen, in denen explizit oder implizit auf lokale Gegebenheiten, Strukturen oder Besonderheiten der</p>

	auf den Standort Hamburg beziehen.		<p>warum haben wir überhaupt so wenig schwarze Bewerber? Aber die sagen, eigentlich gerade Hamburg hat einen sehr hohen Populationsanteil von schwarzen Menschen. Da gibt es ja schon eine gewisse Diskrepanz, warum sich proportional so, so, so wenig für Studium bewerben und interessieren. Und dann zieht sich das halt durch. Genau, dann die Ausbildung, dann das Krankenhausleben. Auch da gibt es sicherlich strukturelle Hürden, die auch den Zugang in gewisse, gerade im universitären Umfeld, glaube ich, noch mal ein bisschen schwerer machen. (FG12, T12_1, Pos. 22)</p> <p>„wenn wir eine Ausbildung haben, wir keinen oder es ist überhaupt nicht etabliert, so Dolmetscher-Services zu nutzen. Und ich finde, das schließt einfach so krass viele Leute und halt auch einfach viele BIPOC aus von psychotherapeutischer Versorgung. Obwohl es eigentlich bekannt ist, wo es in Hamburg glaube ich sogar kostenlose Dolmetscher-Services gibt. Und es wird halt kaum genutzt. Und das Argument ist halt oft, genau, das ist halt extra Aufwand, den Psychotherapeut*innen heute auch nicht haben im Alltag. Und es mag auch ein valides Argument sein und trotzdem ist die Folge halt einfach, dass bestimmte Gruppen ausgeschlossen werden von dieser Art der Versorgung, die sowieso schon einen schlechteren Zugang zu dem System haben.“ (FG03, T3_1, Pos. 65)</p>		Stadt Hamburg Bezug genommen wird, die Einfluss auf rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen haben.
Kodierte Textstellen TOTAL (ohne Container-Kategorie)			1.818		

Aikins, Muna AnNisa/Bremberger, Teresa/Aikins, Joshua Kwesi/Gyamerah, Daniel/Yildirim-Caliman, Deniz (2021): Afrozensus 2020. Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiassporischer Menschen in Deutschland. Berlin. Online unter: <https://afrozensus.de/reports/2020/Afrozensus-2020.pdf>

Labban, Muhieddine/Stone, Benjamin V./Steele, Grant L./Salinas, Kevin E./Agudile, Emeka/Katz, Mark H./Rihan-Porter, Nancy/Reich, Amanda J./Cole, Alexander P./Landers, Stewart/Trinh, Quoc-Dien (2024): A qualitative approach to understanding the drivers of unequal receipt of definitive therapy for Black men with prostate cancer in Massachusetts. In: *Cancer*, Wiley, 130 (S20), 3590–3601.

Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz.