

## Vortrag Gangarova: Zusammenfassung der zentralen Inhalte:

### Der Nationale Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa):

Der Nationale Diskriminierungs- und Rassismusmonitor, kurz NaDiRa ist am Deutschen Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM-Institut) angesiedelt – mit dem Ziel, Ursachen, Ausmaß und Folgen von Rassismus in Deutschland zu untersuchen und effektive Maßnahmen gegen Rassismus zu entwickeln.

Wir arbeiten multimethodisch und interdisziplinär. Zentrale Elemente sind repräsentative Umfragen, qualitative, community-basierte Studien, Experimente, aber auch juristische und Medienanalysen. Darüber hinaus gibt es in regelmäßigen Intervallen Schwerpunktsetzungen zu institutionellen Kontexten, also zu Gesundheit, Wohnen, Arbeit und Bildung. Der aktuelle Rassismusmonitor hat das Thema Gesundheit im Fokus.

### Rassismusdefinition

NaDiRa basiert auf unterschiedlichen theoretischen/konzeptionellen Zugängen zum Thema, aber die Definition von Philomena Essed fasst gut unser Verständnis von Rassismus zusammen. Essed definiert Rassismus folgendermaßen:

*Der Rassismus ist eine **Ideologie**, eine **Struktur** und ein **Prozess**, mittels derer bestimmte Gruppierungen auf der Grundlage tatsächlicher oder zugeschriebener biologischer oder kultureller Eigenschaften als wesensmäßig andersgeartete und minderwertigere ‚Rassen‘ oder ethnische Gruppen angesehen werden. In der Folge dienen diese Unterschiede als Erklärung dafür, dass Mitglieder dieser Gruppierungen vom Zugang zu materiellen und nichtmateriellen Ressourcen ausgeschlossen werden“ (Essed 1992, S. 375).*

Essed bezeichnet Rassismus als Strukturprinzip, weil rassistische Vorherrschaft in Strukturen der Gesellschaft eingelassen ist und durch Regeln, Gesetze, Ordnungsmuster sowie den ungleichen Zugang zu sozialen Ressourcen (inkl. Gesundheit) organisiert und gefestigt wird. Gleichermäßen wird das Prozessuale betont, da rassistische Strukturen und Ideologien nicht außerhalb alltäglicher Handlungsweisen und Praxen bestehen, sondern alltäglich in ‚gewöhnlichen‘ Praxen hergestellt, bestätigt und gefestigt werden.

**Rassismus in der Gesundheitsversorgung** wird auf drei eng miteinander verknüpften und ineinandergreifenden **Ebenen** konzeptualisiert (Nazroo et al., 2020):

- Auf der Mikroebene bezieht sich **der interpersonelle Rassismus** auf die Interaktionen zwischen Personen, auf den **Alltagsrassismus** (vgl. Essed) bzw. die Umsetzung des rassistischen Wissens im Alltag. Dazu gehören alltägliche harmlos erscheinende Fragen, Kommentare und Witze, die absichtlich oder unabsichtlich rassistische Inhalte vermitteln (Mikroaggressionen), sowie Diskriminierung und Gewaltausübung, die routinemäßig auftreten. Wichtig: Der interpersonelle Rassismus bezieht seine Kraft aus einem umfassenderen strukturellen Rassismus, ohne den er nur ‚böser Wille‘ oder schlechtes Verhalten wäre. Zugleich wirkt der institutionelle Rassismus oft durch zwischenmenschliche Begegnungen, da Institutionen durch Personen wirken.
- **Der institutionelle Rassismus** beinhaltet die (Re-)Produktion von Rassismus durch institutionelle Praktiken und organisatorische Abläufe. Institutionelle Normen, Regeln und Betriebsabläufe sind angeblich neutral, begünstigen jedoch systematisch weiße Menschen (Norm), während sie rassifizierte Gruppen ausschließen oder benachteiligen. Bietet eine Gesundheitseinrichtung beispielsweise ihre Angebote nur in deutscher Sprache an, trägt sie indirekt zum institutionalisierten Rassismus bei, da Menschen von der Versorgung ausgeschlossen werden, wenn sie nicht genügend deutsche Sprachkenntnisse besitzen.

- Auf der Makroebene bezieht sich **der strukturelle Rassismus** auf die Muster sozialer Arrangements, die zu Ungleichheiten beim Zugang zu materiellen, politischen und symbolischen Ressourcen einer Gesellschaft führen. Die ideologische Dimension ist bei diesem Modell in das Strukturelle eingebettet und kommt sowohl durch institutionelle Praktiken als auch in interpersonellen Interaktionen zum Ausdruck. Überzeugungen darüber, was als Wissen oder Autorität (an)erkannt wird, werden durch strukturellen Rassismus geprägt und halten diesen wiederum aufrecht, indem sie weiße Wissens- und Handlungsweisen als legitim (als „Norm“) etablieren und andere delegitimieren.

Ein solches Verständnis von Rassismus ermöglicht es, Rassismus sowohl auf der individuellen als auch strukturellen Ebene als eine zentrale Facette von gesundheitlicher Ungleichheit ins Zentrum zu rücken.

### **Ergebnisse der NaDiRa Studien:**

[https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user\\_upload/NaDiRa/Rassismus\\_Symptome/Rassismus\\_und\\_seine\\_Symptome.pdf](https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/Rassismus_und_seine_Symptome.pdf)

### **Die UN-Antirassismuskonvention:**

Der diskriminierungsfreie Zugang zur Gesundheitsversorgung ist in internationalen Menschenrechtsverträgen verankert, insbesondere in Artikel 12 des UN-Sozialpakts, und in Artikel 5 der UN-Antirassismuskonvention. Letztere wurde im Jahr 1969 von Deutschland ratifiziert, und seitdem ist sie völkerrechtlich verbindlich und unmittelbar geltendes Recht. In der Konvention enthalten ist folgende Verpflichtung:

*„Rassendiskriminierung in jeder Form zu verbieten und zu beseitigen und das Recht jedes einzelnen, ohne Unterschied der Rasse, der Hautfarbe, des nationalen Ursprungs oder des Volkstums, auf Gleichheit vor dem Gesetz zu gewährleisten; dies gilt insbesondere (...) für das Recht auf öffentliche Gesundheitsversorgung, ärztliche Betreuung, soziale Sicherheit und soziale Dienstleistungen“ (Artikel 5, UN Committee on the Elimination of Racial Discrimination (CERD) 1966).*

### **Wieso Partizipation in der Gesundheitsförderung?**

In den Gesundheitswissenschaften wird davon ausgegangen, dass:

*„Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten nur dann erfolgreich sein können, wenn die aktive Einbindung derer gewährleistet ist, deren Gesundheitszustand verbessert werden soll. Ohne ihre Partizipation auf möglichst allen Ebenen der Planung und Entscheidungsfindung ist eine erfolgreiche Durchführung kaum möglich.“ (Geyer, 2021)*

Beteiligung ist nicht nur gesundheitsförderlich, sondern trägt dazu bei, Zugänge zu Communities zu etablieren und Präventionsangebote zu entwickeln, die angemessen sind und genutzt werden. Darüber hinaus hat Beteiligung das Potenzial, strukturelle Veränderungen zu bewirken und die gesellschaftliche Teilhabe verschiedener Bevölkerungsgruppen insgesamt zu verbessern.

### **Partizipation**

*“What does it mean, what does it do, for the participation of some to be dependent on the invitation of others? When participation depends on an invitation, then participation becomes a condition or comes with conditions.” (Ahmed 2014, 53)*

### **Gleichberechtigte Partizipation heißt ...**

- Community-Partner\*innen als handlungsfähige Expert\*innen ihrer eigenen Lebenswelten, Orientierungen und Handlungen anzuerkennen (von Unger, 2014)
- Respektvolle Räume eröffnen, in denen die Community-Partner\*innen die Grundsätze ihrer Beteiligung aushandeln können (Gangarova, 2024; im Erscheinen)
- Selbstbestimmte Nicht-Partizipation als emanzipierte Positionierung anzuerkennen (Prasad, 2020)

### **Gleichberechtigte Partizipation erfordert...**

- Macht- und rassismuskritische und kreative Praxisansätze
- Enge Zusammenarbeit mit Communities
- Aufgreifen realer Anliegen von Communities
- Cultural Humility: alle Beteiligten reflektieren ihre Machtpositionen und sind bereit, diese Machtdynamiken zu verhandeln (Tervalon & Murray-Garcia, 1998)
- Power-Sharing (Fals-Borda & Rahman, 1991; Wallerstein & Duran, 2018)

### **Partizipation allein reicht nicht aus: Strukturelle Prävention**

Das Konzept der "strukturellen Prävention" sieht vor, individuelles Verhalten und gesellschaftliche Verhältnisse zu beeinflussen und Communities zu beteiligen und zu stärken, so dass Gesundheit lebensweltnah gefördert wird. Das Konzept nimmt also das Verhalten Einzelner ebenso in den Blick wie die Verhältnisse (Strukturen), in denen sie leben. Denn was die Einzelnen zu ihrer Gesundheit und zur Verminderung von Risiken beitragen können, hängt stark von ihrem sozialen Umfeld, Gesellschaft und Politik ab.

### **Referenzen:**

Ahmed, S. (2014). *Willful subjects*. Durham: Duke University Press.

Essed, P. (1992). Multikulturalismus und kultureller Rassismus in den Niederlanden. In: Kalpaka, Annita und Rätzkel, Nora (Hg.): *Rassismus und Migration in Europa*. Beiträge des Kongresses „Migration und Rassismus in Europa“, Hamburg, 26. bis 30. September 1990. Argument-Sonderband 201, Bd. 26. Hamburg: Argument Verlag.

Fals-Borda, O., & Rahman, M. A. (1991). *Action and knowledge: Breaking the monopoly with participatory action-research*. New York: Apex Press.

Gangarova, T. (2024). Community-basierte partizipative Gesundheitsforschung als dekoloniale Praxis? Methodologische und ethische Reflexionen. In Klingler, C., Pichl, A. & Ranisch, R. (Hrsg.), *Ethik der Partizipation*. transcript Verlag. (erscheint Dezember 2024)

Geyer, S. (2021). Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.

Nazroo, J. Y., Bhui, K. S., & Rhodes, J. (2020). Where next for understanding race/ethnic inequalities in severe mental illness? Structural, interpersonal and institutional racism. *Sociology of Health & Illness* 42(2), 262–276.

Prasad, N. (2020). (Feministische) partizipatorische Aktionsforschung. In Brensell, A. & Lutz-Kluge, A. (Hrsg.). *Partizipative Forschung und Gender*. Verlag Barbara Budrich.

Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Healthcare for the Poor and Underserved*, 9(2), 117–125.

Von Unger, H. (2014). Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS.

Wallerstein, N., & Duran, B. (2018). Theoretical, historical and practice roots of CBPR. In N. Wallerstein, B. Duran, J. Oetzel, & M. Minkler (Eds.), Community-based participatory research for health (pp. 17-29). San Francisco, CA: Jossey-Bass.