

Rassismus und Gesundheit

Die nationalsozialistische Politik in Deutschland hat sich eines wissenschaftlich-biologischen Konzepts der *Rasse* bedient, um den Massenmord an Juden zu legitimieren (vgl. Mosse 1990). Rassismus in gegenwärtigen Gesellschaften stützt sich nicht mehr auf biologische Konzepte, sondern auf verdinglichte Formen von Kultur und Ethnizität (vgl. Morgenstern 2002). Gegenwärtig wird Rassismus in Deutschland – und ähnlich auch in zahlreichen europäischen Ländern – angefacht durch völkisch-nationalistische Parteien wie die AfD in Deutschland, Organisationen wie Pegida, und Flüchtlings-feindliche Diskurse, die in der bürgerlich-konservativen Mittelschicht verankert sind (vgl. Decker et al. 2016). Rassismus steht heutzutage in Verbindung mit Islamophobie, Diskriminierung von Geflüchteten und Asylsuchenden und drückt sich u. a. in einer Zunahme von gewalttätigen Übergriffen aus.

Diese politische und gesellschaftliche Lage und die ihr zugrunde liegenden Strukturen mit ihrem Gegenstandsbezug zu Gesundheit zu reflektieren, gehört zu den Aufgaben kritischer Gesundheitswissenschaften und Medizin, insofern sie den Einfluss soziokultureller Verhältnisse auf Gesundheit fokussiert – mit dem Ziel von Gerechtigkeit in Bezug auf Gesundheitschancen.

Es liegen jedoch bislang nur wenige Arbeiten (vgl. Collatz 1992) und Studien im deutschen Sprachraum vor, die sich explizit mit dem Thema Rassismus bzw. Diskriminierung und Gesundheit befassen (vgl. Iglar 2010; Ziegler/Beelmann 2009; Mewes et al. 2015; Schunk et al. 2015). Vielmehr stehen in Deutschland bislang noch die Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Migrant_innen und ihre gesundheitliche Versorgung im Vordergrund. Es werden folglich überwiegend quantitative-empirische Studien durchgeführt (vgl. Weber/Hörmann 2011).

Seit Mitte der 1980er Jahre wurde die Forderung nach der Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Migrant_innen und Flüchtlingen in Deutschland laut und die ethnozentristische Fixierung des deutschen Gesundheitssystems wurde von vielen Seiten kritisiert (vgl. z. B. Collatz et al. 1985; Land/Dietzel-Papakyriakou 1987; Collatz et al. 1992; Elkeles/Seifert 1993), erste epidemiologische Studien wurden durchgeführt (Riebe et al. 1985) und es wurden bereits konkrete Vor-

schläge zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung entwickelt und – ohne Erfolg – in die politische Debatte eingebracht (z. B. Salis/Gross 1997; Kentenich et al. 1998).

Bereits vorhandene Daten weisen auf eine höhere Krankheitslast und Zugangsbarrieren in der Gesundheitsversorgung für verschiedene migrantische Gruppen hin. Für Deutschland sind mehr Ängste und Depressionen sowie mehr körperliche Beschwerden für vor allem für türkische Immigrant_innen der ersten Generation (vgl. Wengler 2013), spanische Immigrant_innen (Schrader 2009), italienische, polnische (Morawa et al. 2013) sowie für Immigrant_innen ohne Papiere (vgl. Woodward et al. 2013) belegt (für einen frühen Überblick Razum 2008). Barrieren der gesundheitlichen Versorgung von Migrant_innen sind inzwischen für zahlreiche Sektoren der gesundheitlichen Versorgung belegt, z. B. die Pflege älterer Migrant_innen, die geburtshilfliche Versorgung (vgl. Brenne et al. 2015) oder Rehabilitation (Schwarz et al. 2015).

Für die empirische Forschung einflussreich war die Entwicklung der Kategorie »Menschen mit Migrationshintergrund«, die seit 2005 etabliert und in repräsentativen Bevölkerungsumfragen, z. B. dem Mikrozensus oder dem SOEP verwandt wurde. Schenk und andere entwickelten auf dieser Grundlage einen Indikatorenansatz mit dem Ziel migrationspezifische Lebenslagen und soziale Einwanderungskonstellationen differenziert zu erfassen (Schenk et al. 2006).

Der Nachteil der Kategorie *Menschen mit Migrationshintergrund* besteht darin, dass Migrant_innen durch die Kategorisierung als homogene Gruppe konstruiert werden. Die Diversität der Gruppen, sowie die Pluralität von Lebenslagen und sozialen Verhältnisse können dadurch nicht sichtbar werden. Dies problematisiert auch Schenk (2007), die vorschlägt, die Kategorie *Menschen mit Migrationshintergrund* als heuristische zu nutzen und Migration/hintergrund als biografische Erfahrung zu verstehen, welche Lebenssituationen auf mehrdimensionale Weise prägen. Gleichwohl ist mit Brückmann (o. J.) einzuwenden, dass auch ein biographisches Verständnis von Migration essenziellistische Anklänge vielfach nicht vermeiden kann. Dies führt er darauf zurück, dass Kategorien in den Lebenswissenschaften (dazu gehören auch die Gesundheitswissenschaften) begrifflich genutzt, aber nicht kritisch gesellschaftlich, kulturell und historisch reflektiert werden oder etwa in dieser reflexiven Form in Forschungsarbeiten systematisch Eingang finden. Das Dilemma zwischen Differenzierung und Zuschreibung lässt sich jedoch nicht mit der Pluralisierung von Kategorien lösen, sondern erfordert alternative theoretisch-analytische Modelle wie auch die Integration von reflexiven Zugängen und Denkweisen in Public Health.

Mit Kalpaka/Räthzel (1986) und vielen anderen kann davon ausgegangen werden, dass es sich bei Ethnizität und Kultur um soziokulturelle, historische Konstrukte handelt, die Sichtweisen und Haltungen von Mehrheitsgesellschaften widerspiegeln und in die daher Macht- und Herrschaftsverhältnisse immer schon eingelassen sind.

Erst durch die Verschiebung vom Status eines *Merkmals* zu *gesellschaftlichen Verhältnissen* erhält die Frage danach Sinn, welche (spezifischen) sozialen Determinanten für die gesundheitliche Lage verschiedener migrantischer Gruppen wirksam werden und welche Bedeutung Haltungen, Einstellungen und Handeln der Mehrheitsgesellschaft haben. Ich werde den Fokus im Folgenden auf Rassismus legen, und zunächst die Frage danach stellen, wie Rassismus im Kontext von Public Health als Herrschaftsverhältnis konzeptualisiert werden kann und wie er sich Studien zufolge auf die gesundheitliche Situation migrantischer Gruppen auswirkt. Grundlage hierfür bilden exemplarisch überwiegend nach Aktualität ausgewählte Studien aus Deutschland, Nord- und Lateinamerika, Australien und Südafrika (1). Im Anschluss daran werde ich im Zusammenhang mit den Wegen der Beeinträchtigung von Gesundheit und Leben durch Rassismus die theoretischen Konzepte reflektieren. Dabei wird ein Schwerpunkt auf das umfassende ökosoziale Konzept Kriegers gelegt und es wird vorgeschlagen, es um Bourdieus Konzept symbolischer Gewalt zu ergänzen (2). Daran anknüpfend werden Chancen und Ansatzpunkte für *Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* diskutiert (3).

1. Rassismus als Ungleichheitsstruktur

Erfahrungen von Rassismus und Diskriminierung gehören – bei großer Unterschiedlichkeit in Bezug auf Kolonialgeschichte und Apartheid – in Europa und Nord- und Lateinamerika, Kanada oder Australien zum Alltag migrantischer Personengruppen. Im angloamerikanischen Public-Health-Diskurs wird Rassismus als Ungleichheitsstruktur markiert. Das geht über das im bundesdeutschen Public-Health-Diskurs dominierende Verständnis hinaus, wonach *Migrationshintergrund im Anschluss* an Hradil (z.B. 2006) zuschreibend als Merkmal für horizontale Ungleichheit verstanden wird. Ein Herrschaftsverhältnis kann damit nicht analysiert werden, auch wird die Perspektive von der Mehrheitsgesellschaft auf die Migrant_innen verschoben.

Als Ungleichheitsstruktur benannt, erfolgt ein Wechsel in der Perspektive: Nicht allein die Erfahrungen und gesundheitlichen Lebenslagen der migrantischen Gruppen, sondern ihre soziale und kulturelle

Bedingtheit, also auch die Auswirkungen von Herrschafts- und Gewaltverhältnissen in den Mehrheitsgesellschaften auf die gesundheitliche Situation von Menschen geraten in den Blick und sind so Veränderungen zugänglich.

Rassismus umfasst alle strukturellen Benachteiligungen auf der Grundlage von *race*, Ethnizität, Kultur oder Religion, wobei in den Konstruktionen der Mehrheitsgesellschaft die Kategorien vielfach miteinander verknüpft und so »aufgeladen« werden. Die im angloamerikanischen Public-Health-Diskurs im Weiteren verwandten Konzepte von Rassismus sind unterschiedlich; mindestens aber wird zwischen personellen, interpersonellen und strukturellen Wirkweisen unterschieden; teilweise wird auch internalisierter Rassismus einbezogen (vgl. Davids 2011). Zu den personellen bzw. interpersonellen Wirkweisen gehören Diskriminierungen, rassistische Überzeugungen, Verhaltensweisen und Praktiken, zu den internalisierte Selbstabwertungen und inkorporierte Diskurse (z.B. Ferdinand et al. 2015), zu den strukturellen institutionalisierte oder legalisierte Formen von Diskriminierung (wie für Deutschland etwa für die Wohnungs- oder Stellenvergabe belegt), soziokulturelle Praktiken und Gewalt. Typischerweise dominiere in den heutigen USA ein aversiver Rassismus – Williams und Mohammed (2013) sprechen von ca. 70% der (Nord-) Amerikaner_innen – in dem explizite Vorurteile fehlen und sogar Empathie gezeigt wird, jedoch ein impliziter Bias einer grundsätzlichen Unterlegenheit von Schwarzen vorhanden sei. Dies entspricht u. a. paternalistischen Haltungen und Infantilisierung (vgl. Mewes et al. 2015).

Verschiedene Formen von Rassismus gehören Public-Health-Studien aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum zufolge zu den sehr häufigen Erfahrungen migrantischer Gruppen. Ferdinand et al. (2015) haben in Australien die *Culturally and Linguistically Diverse (CALD) Experiences of racism surveys* bei Erwachsenen (n=1139 Personen) durchgeführt. Die Studien zielen darauf ab, die Erfahrungen von ethnischen und *racial* Minoritäten, ihre Antworten und Reaktionen auf diese Erfahrungen und ihren Zusammenhang mit psychologischem Distress zu erheben, mit dem Ziel Interventionen zu entwickeln. Nahezu 2/3 der Teilnehmer_innen der Studie berichteten von einer bis 9 und mehr diskriminierenden Handlungen in den letzten 12 Monaten, ca. 1/3 hatte keine solche Erfahrung gemacht. Unter den Formen der Diskriminierung wurden von mehr als der Hälfte derjenigen mit der Erfahrung von diskriminierenden Handlungen Sprüche, Witze oder das Hören von Stereotypen über *racial*, ethnisch-kulturelle oder religiöse Gruppen genannt. Diskriminierungen kamen im öffentlichen Raum, bei ihrer Er-

werbstätigkeit, in Geschäften und Verkehrsmittel und im System der Gesundheitsversorgung vor (Ferdinand et al. 2015: 6).

Ein besonderes Augenmerk auf weitere politische Einstellungen der Mehrheitsbevölkerung etwa zu Flüchtlingspolitik, Grenzregimen oder zum Recht auf Nutzung öffentlicher Räume richtet der empirische Befund der australischen Studie, dass Erfahrungen von Diskriminierung stärker sind, wenn Kleidung oder andere äußere Merkmale als (eindeutiges) Zeichen für Migrationsstatus oder/und ethnische Zugehörigkeit gewertet werden. Entsprechend haben mehr Männer als Frauen und besonders Muslimas (erklärt wurde das mit dem Tragen von Hijabs, Niqabs oder Burkas) und männliche Sikhs (erklärt wurde das mit dem Tragen von Turbanen) in der *CALD-Studie* häufigere rassistische Diskriminierungen angegeben (ebd.: 6ff.; für Deutschland ähnlich auch Schunck et al. 2015).

In die gleiche Richtung weist die Studie von Perreira und Telles (2014), die sich auf lateinamerikanische Länder bezieht. Sie haben zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen subjektiver Gesundheit und Skin colour Daten des Projekts *Ethnicity and Race in Latin America (PERLA)*, einer Haushaltsbefragung mit dem Fokus auf race/Ethnizität mit insgesamt 5500 Teilnehmer_innen im Alter zwischen 18 und 65 Jahren aus Brasilien, Kolumbien, Mexiko und Peru, genutzt. Perreira und Telles fanden heraus, dass Hautfarbe mit subjektiver Gesundheit korreliert – diejenigen mit hellerer Hautfarbe oder Weiße (72% vs. 70%) berichteten höhere Raten von guter oder sehr guter Gesundheit als solche mit mittleren Hautfarben oder Indigene. Diese hatten die schlechtesten Quoten subjektiver Gesundheit (57% bzw. 47%). Perreira und Telles bezeichnen dies als *Skin Colour Gradient*. Allerdings wirkt sich Selbstidentifikation ihren Auswertungen zufolge nicht auf subjektive Gesundheit aus. Im Vordergrund steht vielmehr die *Attribution* der Skin Colour, die sich ihren Analysen zufolge vermittelt über den SES (differenziert nach Bildung und Wohlstand) und die erfahrene Diskriminierung auf subjektive Gesundheit auswirkt.

Angehörige von Mehrheitsgesellschaften konstruieren nicht nur Ethnizität oder *race* anhand äußerlicher Zeichen, sondern dies geht häufig einher mit diskriminierenden Verhaltensweisen in alltäglichen Interaktionen oder in Institutionen.

Aus der sozialwissenschaftlichen Ungleichheitsforschung, insbesondere der Gender-Forschung, ist bekannt, dass Ungleichheitsstrukturen komplex und intersektional gestaltet sind (vgl. exemplarisch Smykalla/Vinz 2011), Erfahrungen von Diskriminierung also entlang verschiedener Achsen von Ungleichheiten und Benachteiligungen gemacht wer-

den (können). Je nach soziokultureller und historischer Verfasstheit von Gesellschaften oder Regionen, oder auch von Institutionen können unterschiedliche Strukturen der Benachteiligung im Vordergrund stehen. So berichten Dutra et al. (2015) wie auch Perreira und Telles (2014) davon, dass sich in Lateinamerika Klassendiskriminierung statistischen Analysen zufolge stärker auf die subjektive Gesundheit auswirke als die *ethnische* oder *racial Diskriminierung*, während Schwarze Südafrikaner_innen über höhere Raten von *nicht-racial* Diskriminierung (z. B. Sexismus, Diskriminierung nach sexueller Orientierung, immigrationsbasierte Diskriminierung) und niedrigere Raten von *racial Diskriminierung* als in US-Samples berichten würden. Es bleibt also zu klären, in welchem Verhältnis Rassismus und andere Achsen der Ungleichheit zueinander stehen. Es ist fraglich, ob dies in allen empirischen Studien über Rassismus und Gesundheit mit untersucht wurde. Die wenigen hier aufgeführten empirischen Befunde verweisen jedoch darauf, dass historische, soziale und kulturelle, darunter auch postkoloniale Verfasstheit von Gesellschaften, im Kontext von Public Health in eine Analyse einzubeziehen wären.

2. Gesundheitliche Folgen von Rassismuserfahrungen

Rassismus wirkt sich negativ auf physisches und psychisches Stresserleben von Kindern, Jugendlichen (Pachter et al. 2010) und Erwachsenen (vgl. Ziegler/Beelmann 2009; Williams/Mohammed 2012; Ferdinand et al. 2015; Paradies et al. 2015; mit dem Fokus auf Geschlecht Black et al. 2015) aus. Erwachsene stehen im Folgenden im Mittelpunkt.

Modifizierend in Bezug auf das Stresserleben wirken sich Bewältigungsstile, soziale Klassenzugehörigkeit und das Bildungsniveau aus. Menschen mit einem höheren Bildungsabschluss geben in den Befragungen häufiger Diskriminierungen an (vgl. u. a. Krieger et al. 2013). Es wird davon ausgegangen, dass dies durch stärkere Reflexion und kognitive Einordnung und damit die Fähigkeit zur Distanzierung von der eigenen Erfahrung bedingt ist.

Die empirischen Befunde über Auswirkungen von Rassismus auf körperliche Gesundheit und Krankheit sind bislang nicht eindeutig. So belegen einige Studien besonders bei chronischen und gravierenden Diskriminierungen, u. a. bedingt durch den dauerhaft erhöhten Cortisol Spiegel im Blut, erhöhte Risiken für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlafstörungen, erhöhten Blutdruck und erhöhte Mortalität (Ziegler/Beelmann 2009; vgl. auch Williams/Mohammed 2013). Andere können in empirischen Studien keine eindeutigen Zusammenhänge zwischen

den Erfahrungen von Rassismus und Erkrankungen, z. B. kardio-vaskuläre Erkrankungen, nachweisen (vgl. Krieger et al. 2013).

In einzelnen Arbeiten wird ein Einfluss von Diskriminierungserfahrungen, vermittelt über das Stresserleben, auf das Geburtsgewicht verzeichnet. Williams und Mohammed (2013: 10) verweisen darauf, dass nach 09/11 die Neugeborenen arabisch-amerikanischer Mütter ein signifikant niedrigeres Geburtsgewicht aufgewiesen haben als alle anderen Gruppen von Müttern in den USA. Dies kann mit Diskriminierung arabisch-stämmiger Frauen erklärt werden. Auch andere Studien verweisen auf geringeres Geburtsgewicht im Zusammenhang mit Diskriminierungserfahrungen (Ziegler/Beelmann 2009; Goosby/Heidbrink 2009).

Eindeutiger sind empirische Befunde in Bezug auf die psychosozialen Auswirkungen von Rassismus. Paradies et al. (2015) haben in ihrer Metaanalyse von 293 Studien, die in 333 Artikeln zwischen 1983 und 2013 zitiert wurden, herausgefunden, dass Rassismus mit einer generell schlechteren psychischen Gesundheit korreliert, besonders mit Depressionen und Ängsten (vgl. auch Ferdinand et al. 2015; Williams/Mohammed 2013; Iglar et al. 2010). Möglicherweise vermittelt über die psychologischen Stresserfahrungen, zeige sich eine deutliche Korrelation zwischen rassistischen Erfahrungen im Alltagsleben und gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen, wie z. B. Rauchen (vgl. Dutra et al. 2015: 2ff.), missbräuchlichem Konsum von Alkohol und anderen Drogen (vgl. Ferdinand et al. 2015; Williams/Mohammed 2013). Dieses Handeln ist jedoch abhängig von der Häufigkeit der diskriminierenden Erfahrungen und ihrer Schwere – ein höheres Risiko korreliert mit der Häufigkeit und der Schwere von Diskriminierungserfahrungen. So gibt es Hinweise darauf, dass besonders diskriminierende Erfahrungen in institutionellen Kontexten, die im Rahmen der Erwerbsarbeit, in Geschäften und durch Regierungsinstitutionen (z. B. Polizei) in den USA gemacht wurden, zu höherem psychischem Stresserleben führen (Ferdinand et al. 2015).

Die Psycholog_innen Ziegler und Beelmann (2009) zitieren ein Experiment, nach dem das Stresserleben von Personen und der Blutdruck im Anschluss an Erfahrungen von Diskriminierungen bei dem Anschauen von Bildern mit rassistischen Handlungen ansteigen. Dieser Blutdruckanstieg sei bei Menschen ohne vorherige Diskriminierungserfahrungen nicht nachzuweisen. Zudem würden chronische soziale Zurückweisung und sozialer Ausschluss Gefühle von Wut und Ärger steigern, die Sensitivität für Zurückweisungen steige und künftige Situationen würden als konflikthafter und bedrohlicher wahrgenommen (Ayduk et

al. 2000, zit. in Ziegler/Beelmann 2009). Diese führe dazu, dass für folgende negative Emotionen, die in Diskriminierungserfahrungen auftreten, mehr Bewältigungsressourcen benötigt werden. Langfristig wird die Selbstregulierungskapazität der Individuen dauerhaft beeinträchtigt; dies habe Auswirkungen auf viele Bereiche des sozialen Lebens. Ziegler und Beelmann (2009) sprechen von *Minoritäten Stress bzw. Minoritäten bezogener Stresserfahrung*, die Angst vor Zurückweisung und – sehr häufig – internalisierte Selbstabwertung beinhalte.

Vom *Minoritäten Stress*, bedingt durch alltägliche Erfahrungen von Rassismus, müssen die Folgen von Übergriffen im engeren Sinne unterschieden werden. In Deutschland ist dem aktuellen Bericht von Amnesty International zufolge die Zahl der Gewalttaten allein gegen Unterkünfte von Geflüchteten von 63 im Jahre 2013 auf 1031 im Jahre 2015 gestiegen (Amnesty International 2016). Hinzu kommen Übergriffe und körperliche Angriffe gegen Flüchtlinge (die Antonio Amadeo Stiftung verzeichnete 2015 183 Übergriffe) (ebd.: 50). Insgesamt stieg die Anzahl der rassistischen Übergriffe um nahezu 35 % auf 22 960 im Jahre 2014. Amnesty International (2016) berichtet, dass viele der Flüchtlinge in Deutschland Angst haben, unsicher sind und nicht alleine auf die Straße gehen; sie erleben das soziale Klima ihnen gegenüber als feindselig und haben kein Vertrauen darin, dass die Straftaten bei Anzeige polizeilich verfolgt und bestraft werden.

Menschen, die Erfahrungen von Angriffen und körperlicher Gewalt machen mussten, haben laut Ziegler und Beelmann (2009) ein dreimal so hohes Risiko für Depressionen und eine fünfmal so hohe Prävalenz psychotischer Erkrankungen. Die schwerwiegenden Folgen traumatischer Erfahrungen infolge von Gewalt sind inzwischen gut belegt.

Es bleibt jedoch mit Blick auf die Verbesserung der Gesundheit verschiedener migrantischer Gruppen zu verstehen, *wie* und *auf welche Weise* rassistische Erfahrungen im Alltag sich unterhalb der Schwelle von direkter psychischer oder körperlicher Gewalt auf Gesundheit auswirken.

3. Wege der Beeinträchtigung von Leben und Gesundheit durch Rassismus

Rassismus kann zunächst mit anderen sozialen Determinanten für Gesundheit interagieren (z. B. Zugang zum Wohnen oder Bildung) oder zu höheren Risiken führen. Besonders bedeutsam ist ökonomische und soziale Deprivation, die wesentlich durch einen schlechteren Zugang zum Bildungssystem und zum Arbeitsmarkt mit bedingt ist (vgl. auch

Krieger et al. 2013; Williams/Mohammed 2013). Dazu gehört auch, dass bei geringen Einkommen in Ballungszentren nur Wohnungen zugänglich sind, die in schlechterem Zustand sind (Feuchtigkeit, Schimmel, Ungeziefer) oder in unsicheren Wohngebieten mit hoher Kriminalität oder hoher Schadstoff- oder Feinstaub- und Lärmbelastung liegen (Laussmann et al. 2013).

Schließlich kann Rassismus in Abhängigkeit vom sozialen Sicherungssystem und einer Krankenversicherung, die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung und von Maßnahmen der Prävention/Gesundheitsversorgung erschweren oder dazu führen, dass diese nur in unzureichendem Maße bereitgestellt werden (Krieger et al. 2013), etwa durch Ärztemangel in spezifischen Stadtvierteln.

Ferner kann Rassismus emotionale und kognitive Prozesse und damit verbundene Psychopathologie beeinflussen. Besonders internalisierter Rassismus und Selbst-Stereotypisierung können zu einem geringeren Selbstwertgefühl und schlechterem psychologischen Wohlbefinden führen, die sich über verschiedene Wege auf Gesundheit auswirken.

Ungesunde Verhaltensweisen wie Rauchen, übermäßiger Alkoholkonsum, mangelnde Bewegung oder kohlehydrat- und fettreiche Ernährung können entweder direkt als Stressbewältigung oder indirekt über verringerte Selbstregulation oder, wie es einige Autor_innen vertreten, als »everyday resistance« wirksam werden (Williams/Mohammed 2013: 5). Dutra et al. (2015) verweisen darauf, dass Nikotin Angstgefühle mildert und das subjektive Wohlbefinden kurzfristig steigert. Ferdinand et al. (2015) zufolge kann Angst vor antizipierter Diskriminierung in spezifischen Settings zur sozialen Isolation von Individuen und Communities führen und somit indirekte Auswirkungen auf Gesundheit entfalten. Eine besondere Stellung nehmen Wissen und Kommunikation sozialer Gruppen ein, die sich auf Einstellungen und Gesundheitsverhalten auswirken können (Williams/Mohammed 2013). Schließlich resultiert körperliche und emotionale Verletzung aus rassistischer Gewalt (Paradies et al. 2015: 2; vgl. auch Ferdinand et al. 2015; Williams/Mohammed 2013).

Die bisher beschriebenen Wege, über die Rassismus Leben und Gesundheit beeinträchtigen kann, sind im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Modells erklärbar. Gesundheit wird demnach in einem komplexen Zusammenspiel biologischer, psychologischer und sozialer Bedingungen über den Lebenslauf hinweg ausbalanciert, Belastungen können teilweise durch vorhandene Ressourcen im Laufe eines Lebens ausbalanciert werden. In der Public-Health-Forschung wird ein solches bio-psycho-soziales Modell etwa durch den Lebenslaufansatz (vgl. Blane 2007; Siegrist/Dragano 2006) oder die These der transgenera-

tionalen Weitergabe von traumatischen Erfahrungen über Generationen vertreten. Goosby und Heidbrink (2013) gehen in Anlehnung an das *bio-psycho-soziale Modell von Rassismus als Stressor* etwa davon aus, dass sich Erfahrungen des Rassismus biologisch in Zellen und Gefäßen individuell und über Generationen hinweg als »biologisches Gedächtnis« niederschlagen, also *einkörpern*.

Gleichwohl bleiben in diesen Ansätzen soziale, kulturelle und ökonomische Verhältnisse in der Regel unterbelichtet. Der Lebenslaufansatz bleibt etwa eindimensional, weil sein Zugang zu Gesellschaft vom Individuum aus erfolgt, und diese so in Ereignisabfolgen (Scheidung, Arbeitslosigkeit etc.) und damit auch unterschiedliche Pfade zerlegt werden kann (z. B. Ben-Shlomo/Kuh 2002). Die Frage der Verantwortlichkeit für strukturellen Rassismus bleibt dabei ebenso unberücksichtigt wie strukturelle Einflüsse und Bedingungen jeder Art, so auch von sozialen, ökonomischen und politischen Verhältnissen (vgl. auch Krieger 2001).

Krieger (2001, 2014) entwickelt eine ökosoziale Theorie von Gesundheit, die Perspektiven auf biologischer, öko-sozialer und sozialer Ebene miteinander verknüpft. Sie soll epidemiologische Studien anleiten. Dabei geht sie von Verkörperung aus und analysiert diese in Bezug auf Pfade der Verkörperung: unter dem Blickwinkel sozialer Arrangements von Macht, Eigentum, Produktion, Konsum und Reproduktion auf der einen Seite sowie biologischen Möglichkeiten und Grenzen auf der anderen Seite.

Krieger betont dabei die Notwendigkeit, das komplexe Zusammenspiel von Exposition, Anfälligkeit und Widerstand auf unterschiedlichen Ebenen (individuell, Nachbarschaft, nationale, inter- oder supranationale Ebene) und in unterschiedlichen Bereichen (Arbeit, Schule etc.) sowie die Verantwortlichkeiten und die Handlungsfähigkeit von Institutionen und Wissenschaft zu berücksichtigen. Damit werden Konzepte und Korrelationen analysiert, z. B. wie Sexualität in Bezug auf Risiken für Aids konzeptualisiert wird, mit dem Ziel komplexere Modelle zu entwickeln, welche die Beziehung zwischen biologischen und sozialen Faktoren auf verschiedenen Ebenen erfassen.

Mit diesem theoretischen Hintergrund kommt sie zu weiterführenden Ergebnissen als die bislang referierten Studien über Rassismus als soziale Determinante: So bezieht sie die Kategorien *sozial auferlegte Traumata*, *gezieltes Marketing von gesundheitsschädigenden Lebensmitteln* und *Widerstand gegen racial Unterdrückung* als Einflussfaktoren auf Gesundheit mit ein (vgl. Krieger 2001: 673; vgl. auch Krieger 2014). Dies zeigt deutlich, dass gesundheitliche Ungleichheit verschiedener migrantischer Gruppen mit Krieger et al. (2013: 2) als »biologi-

scher Ausdruck von Rassismus« zu bezeichnen ist – und eine konsequent soziale Perspektive beinhaltet. Damit integriert die öko-soziale Theorie von Gesundheit bio-psycho-soziale Modelle, geht aber weit über diese hinaus, indem sie soziale, kulturelle und ökonomische Verhältnisse systematisch einbezieht. Dadurch kann sie individualistische und biologistische Verkürzungen vermeiden.

4. Anschlüsse für Kritische Gesundheitswissenschaften

Von besonderem Interesse für Kritische Gesundheitswissenschaften ist zunächst die grundsätzliche Frage nach gesundheitsschädigenden Wirkungen von Rassismus, auch in der Gesundheitsversorgung und in der Pflege. Die oben skizzierten Studien haben gezeigt, dass rassistische Diskriminierungen und Abwertungen, in Abhängigkeit von ihrer Ausprägung und ihrer Dauer (im weiteren gesellschaftlichen Kontext) die Gesundheit verschiedener migrantischer Gruppen beeinträchtigt. Aus Public-Health-Perspektive ist dies weder mit Gerechtigkeit in Bezug auf den Zugang zu Gesundheitsversorgung noch mit einem Menschenrecht auf Gesundheit und körperlich-psychische Unversehrtheit zu vereinbaren.

Die Public-Health-Forschung in Deutschland könnte viel von den anglo-amerikanischen Studien profitieren. Denn die Stärken vieler angloamerikanischer Studien zu Rassismus und Gesundheit liegen darin, dass sie explizit einen makrostrukturellen herrschaftskritischen und gesellschaftsstrukturellen Zugang zu Rassismus zugrunde legen. Dieser ist in materialistischen, soziologischen, postkolonialen Ansätzen oder/und in antirassistischer Bildungsarbeit verwurzelt. Dadurch kann die beschreibende Betrachtung sozialer Ungleichheiten überwunden werden, wie sie z. B. der Begriff der horizontalen Ungleichheit (Hradil) oder der eindimensionalen Konzeptualisierung von Gesellschaft im Rahmen der Lebenslaufperspektive inhärent ist. Vielmehr rückt die Perspektive auf Herrschaft Analysedimensionen von Hegemonie, Widerstand, *agency* in den Vordergrund. Damit ist in vieldimensionaler Weise die Hegemonie gesellschaftlicher Kräfteverhältnisse von Interesse und damit Umkämpftheit, wie auch die Interessen und Handlungsstrategien verschiedener gesellschaftlicher Akteur_innen erfasst. Der Blick auf Strukturen, die sich auf Gesundheit auswirken, somit auch auf Rassismus, erweitert sich mittels einer hegemonietheoretischen Perspektive im Hinblick auf ihre Kontingenz und die Notwendigkeit ihrer beständigen Reproduktion. Das meint auch van Dyk (in diesem Band), wenn sie hervorhebt, dass Strukturen nicht ein für alle Mal gegeben sind, sondern im Prozess der Wiederholung performativ hervorgebracht werden.

Im Mittelpunkt dieser Prozesse steht der *Körper* in seinem Verhältnis zur Gesellschaft. Krieger und andere stellen das gesundheitliche Ergebnis – also die biologisierte Manifestation von Rassismus als Verkörperung – in den Mittelpunkt. Der Blickwinkel der Verkörperung kann aber auch genutzt werden, um die gesellschaftliche Seite der gesundheitlichen Beeinträchtigungen weiterführend näher zu beleuchten. Dazu gehört die Analyse sozialer Beziehungen zwischen herrschenden und beherrschten Klassen (Bourdieu). Denn Bourdieu zufolge existiert eine hegemoniale »abgepresste Übereinkunft« zwischen Herrscher_innen und Beherrschten. Es gehört nach Bourdieu zu den konstitutiven Praxen sozialer Herrschaft, dass Menschen/Personengruppen, die häufig Abwertung und Diskriminierung erfahren, dazu imstande sind, sich durch den Blick der Herrschenden mit deren Augen als *unterlegen* wahrzunehmen (z. B. Bourdieu 1997: 165). Dies produziert und reproduziert sich durch alltägliche, kleine Gesten, Blicke, Bemerkungen, Sprache oder bildliche Darstellungen. Die bei Beherrschten auftretenden Gefühle wie Stress, Scham oder Peinlichkeit drücken soziale Herrschaftsbeziehungen aus. Mit Bourdieu lässt sich dieses Verhältnis als »symbolische Gewalt« bezeichnen (Bourdieu 1997).

Es ist aus meiner Sicht vielversprechend für Public Health, die öko-soziale Theorie Nancy Kriegers und die Analyse symbolischer Gewalt unter dem Fokus der *Verkörperung* zu verknüpfen. Kritischer Gesundheitswissenschaft käme damit die Aufgabe zu, die kritische Perspektive in doppelter Weise auf Gesundheit/gesundheitliche Lage und auf soziale Herrschaftsverhältnisse als gesellschaftliche Verhältnisse zu beziehen. Mit symbolischer Gewalt wird der Blickwinkel gerichtet auf das Verhältnis zwischen Herrschenden und Beherrschten; die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit verschiedener Gruppen im Kontext von Public Health könnte so aus der zirkulären empirischen Bestätigung der Benachteiligung herausführen und in einen größeren Kontext gesellschaftlicher Verhältnisse gestellt werden.

Das hieße bezogen auf Rassismus und Gesundheit: soziale Ungleichheit, Flüchtlingspolitik, die Politik der Schließung der Grenzen in Europa, Rechtspopulismus und rassistische Hetze in Europa, das Erstarken von Islamophobie oder die Darstellung von Migrant_innen und Flüchtlingen in den Medien in Public Health mit einzubeziehen; Verantwortlichkeiten für diese Politiken und Unterdrückung sowie Handlungsspielräume von Migrant_innen und Flüchtlingen in Bezug auf ihr Leben und ihre Gesundheit klar zu benennen und in die Analyse gesundheitlicher Lagen einzubeziehen.

Damit werden die Analyse von gesundheitlichen Lagen und das Ent-

wickeln geeigneter gesundheitsförderlicher Interventionen in einen anti-rassistischen und gesellschaftskritischen Kontext eingebettet. Damit würden sich die Adressant_innen wie auch die Form der Interventionen anders gestalten. So wäre dann die Mehrheitsgesellschaft – und nicht in erster Linie die migrantischen Gruppen selbst – Zielgruppe von gesundheitsförderlichen und gesellschaftlichen Interventionen, z. B. durch antirassistische politische Bildungsarbeit, Anti-Diskriminierungskampagnen (vgl. auch Ferdinand et al. 2015), politische Initiativen, Gesetzgebungen. In Bezug auf migrantische Gruppen kommt neben kompensatorischen gesundheitsförderlichen Interventionen, wie Tabakprävention, Community-Bildung o. Ä. die Erweiterung der Handlungsfähigkeit in Frage; dazu gehört auch politischer Widerstand (Krieger 2001).

Mit Krieger (2001) wäre also hervorzuheben, dass es auch darum geht, dass Migrant_innen mehr Handlungsmächtigkeit im Sinne der Ottawa-Charta durch politischen Widerstand gewinnen. Hierdurch lasse sich nachweislich das Risiko für Bluthochdruck bei Afroamerikaner_innen senken. Entsprechende Studien stehen für Deutschland noch aus.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Regina Brunnett
Hochschule Ludwigshafen am Rhein
Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen
Maxstr. 29
67059 Ludwigshafen
E-Mail: regina.brunnett@hs-lu.de

Literatur

- Amnesty International (2016): *Leben in Unsicherheit. Wie Deutschland die Opfer rassistischer Gewalt im Stich lässt*. London.
- Ben-Shlomo, Y.; Kuh, D. (2002): A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology* 31, 285–293.
- Blane, D. (2007): The life course, the social gradient, and health. In: Marmot, M.; Wilkinson, R. (Hg.): *Social Determinants of Health*, Oxford: Oxford University Press, 54–77.
- Bourdieu, P. (1997): Die männliche Herrschaft. In: Dölling, I.; Kraus, B. (Hg.): *Ein alltägliches Spiel. Geschlechterkonstruktionen in der sozialen Praxis*, Frankfurt/Main: Suhrkamp, 153–216.

- Brenne, S.; David, M.; Borde, T.; Breckenkamp, J.; Razum, O. (2015): Werden Frauen mit und ohne Migrationshintergrund von den Gesundheitsdiensten gleich gut erreicht? Das Beispiel Schwangerenvorsorge in Berlin. In: *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 58 (6), 69–576.
- Brückmann, T. (o. J.): Pro und Contra Migrationshintergrund, www.gen-ethisches-netzwerk.de/gid/197/brueckmann/pro-und-kontra-migrationshintergrund%E2%80%9C [30.01.2016]
- Collatz, J. (1998): Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentrische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: David, M.; Borde, Th.; Kentenich, H. (Hg.): *Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle*. Frankfurt/Main: Mabuse, 33–59.
- Collatz, J.; Brandt, A.; Salman, R.; Timme, S. (1992): Was macht Migranten in Deutschland krank? Zur Problematik von Rassismus und Ausländerfeindlichkeit und von Armutsdiskriminierung in psychosozialer und medizinischer Versorgung. Hamburg: E. B. Verlag Rissen.
- Collatz, J.; Kürsat-Ahlers, E.; Koporal, J. (1985) (Hg.): *Gesundheit für alle: die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik*. Hamburg: E. B. Verlag Rissen.
- Davids, M. F. (2011): *Internal Racism. A psychoanalytic approach to race and difference*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Decker, O.; Kiess, J.; Brähler, E. (Hg.) (2016): *Die enthemmte Mitte. Autoritäre und rechtsextreme Einstellungen in Deutschland*. Gießen: Psychosozial.
- Dragano, N.; Siegrist, J. (2006): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS, 181–194.
- Dutra, L. M.; Williams, D. R.; Kawachi, I.; Okechukwu, C. A. (2014): Racial and nonracial discrimination and smoking status among South African adults ten years after apartheid. *Tobacco Control* 23 (0):e114-e121; doi:10.1136/tobaccocontrol-2013-051478.
- Elkeles, T.; Seifert, W. (1996): Immigrants and health: unemployment and health-risks of labour migrants in the Federal Republic of Germany, 1984–1992. *Social Science & Medicine* 43 (7), 1035–1047.
- Ferdinand, A. S.; Paradies, Y.; Kelaher, M. (2015): Mental health impacts of racial discrimination and linguistically diverse communities: a cross sectional study. *BMC Public Health* 1/401, 1–14; doi:10.1186/s12889-015-1661-1.
- Goosby, B. J.; Heidbrink, C. (2013): Transgenerational Consequences of Racial Discrimination for African American Health. *Sociology Compass* 7 (8), 630–643; doi:10.1111/soc4.12054.
- Hradil, S. (2006): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hg.): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Opladen: Leske + Budrich, 33–52.
- Igel, U.; Brähler, E.; Grande, G. (2010): Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen. *Psychiatrische Praxis* 37 (4), 183–190; doi:10.1055/s-0029-1223508.
- Kalpaka, A.; Rätzsch, N. (1986): Wirkungsweisen von Rassismus und Ethnozentrismus. In: dies. (Hg.): *Die Schwierigkeit, nicht rassistisch zu sein*. Berlin: EXpress Edition, 32–91.

- Kentenich, H.; David, M.; Yüksel, E.; Pette, G.M. (1998): Türkische Patientinnen in der Gynäkologie: Probleme – Mißverständnisse – Lösungsansätze. In: David, M.; Borde, T.; Kentenich, H. (Hg.): Migration und Gesundheit: Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt/Main: Mabuse, 121–143.
- Krieger, N. (2001): Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology* 30, 668–677.
- Krieger, N. (2014): Discrimination and Health Inequities. *International Journal of Health Services* 44 (4), 643–710; doi:10.2190/HS.44.4.b.
- Krieger, N.; Waterman, P.; Kosheleva, A.; Chen, J.T.; Smith, K.W.; Carney, D.R.; Bennett, G.G.; Williams, D.R.; Thornhill, G.; Freeman, E.R. (2013): Racial discrimination and cardiovascular disease risk: My body my story – Study of 1005 US-born Black and White Community Health Participants. *PLOS ONE* 8/10, 1–15.
- Land, F.; Dietzel-Papakyriakou, M. (1987): Migration und Gesundheit. Eine kommentierte Bibliografie zum epidemiologischen, sozialmedizinischen, medizinsoziologischen und gesundheitspolitischen Stand der Diskussion. Berlin: EXpress Edition.
- Laussmann, D.; Haftenberger, M.; Lampert, T.; Scheidt-Nave, C. (2013): Soziale Ungleichheit von Lärmbelastigung und Straßenverkehrsbelastung: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 56 (5–6), 822–831.
- Mewes, R.; Asbrock, F.; Laskawi, J. (2015): Perceived Discrimination and impaired mental health in Turkish immigrants and their descendants in Germany. *Comprehensive Psychiatry*, 2015 Oct, 62, 42–50; doi:10.1016/j.comppsy.2015.06.009. Epub 2015 Jun 11.
- Morawa, E.; Senf, W.; Erim, Y. (2013). Die psychische Gesundheit polnisch-stämmiger Migranten im Vergleich zur polnischen und deutschen Bevölkerung. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 59(2), 209–217.
- Morgenstern, C. (2002): Rassismus – Konturen einer Ideologie. Einwanderung im politischen Diskurs der Bundesrepublik Deutschland. Hamburg: Argument.
- Mosse, G.L. (1990): Die Geschichte des Rassismus in Europa. Frankfurt/Main: Fischer.
- Pachter, L.M.; Coll, C.G. (2009): Racism and child health: a review of the literature and future directions. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 30 (3), 255–263. Online verfügbar unter www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/2794434.
- Paradies, Y.; Ben, J.; Denson, N.; Elias, A.; Priest, N.; Pieterse, A.; Gupta, A.; Kelaheer, M.; Gee, G. (2015): Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE* 10(9); doi:10.1371/journal.pone.0138511, 1–48.
- Perreira, K.; Telles, E. (2014): The Color of Health: Skin Colour, Ethnoracial Classification and Discrimination in the Health of Latin Americans. *Social Science and Medicine* 116, 241–250; doi:10.1016/socscimed.2014.05.054.
- Riebe, K.; Collatz, J. (1985): Geburtshilfliche Versorgung türkischer Frauen – eine sozialepidemiologische Sekundäranalyse der Perinatalstudie Niedersachsen und Bremen. In: Collatz, J.; Kürsat-Ahlers, E.; Korporal, J. (Hg.): Gesundheit für alle. Die medizinische Versorgung türkischer Familien in der Bundesrepublik. Hamburg: E.B. Verlag Rissen, 230–254.

- Razum, O.; Meesmann, U.; Bredehorst, M.; Brzoska, P.; Dercks, T.; Glodny, S.; ... Ulrich, R. (2008). Gesundheitsberichterstattung Schwerpunktbericht: Migration und Gesundheit. Berlin: RKI.
- Salis Gross, C.; Moser, C.; Zuppinger, B.; Hatz, C. (1997): Die Arzt-Patienten-Interaktion aus der Sicht von MigrantInnen: Vorschläge für die ärztliche Praxis. *Schweizerische Rundschau für Medizin (PRAXIS)*. Sondernummer Migration und Gesundheit, 86, 887–894.
- Schenk, L.; Bau, A.-M.; Borde, T.; Butler, J.; Lampert, T.; Neuhauser, H.; u. a. (2006): Mindestindikatorenansatz zur Erfassung des Migrationsstatus. Empfehlungen für die epidemiologische Praxis. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 49 (9), 853–860.
- Schenk, L. (2007): Migration und Gesundheit – Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health*, 52(2), 87–96.
- Schrader, A. (2009): Die Gesundheit spanischer Migranten in Deutschland. Effekte nach Migration aus interkultureller, stresspsychologischer und gesundheitspsychologischer Sicht. Diss. Berlin.
- Schwarz, B.; Markin, K.; Salman, R.; Gutenbrunner, C. (2015): Barrieren für Migranten beim Zugang in die medizinische Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung. *Die Rehabilitation* 54 (6), 362–368.
- Smykalla, S.; Vinz, D. (Hg.) (2011): Intersektionalität zwischen Gender und Diversity. Theorien, Methoden und Politiken der Chancengleichheit. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Schunck, R.; Reiss, K.; Razum, O. (2015): Pathways between perceived discrimination and health among immigrants: evidence from a large national panel survey in Germany. *Ethnicity and Health* 20 (5), 493–510.
- Weber, A.; Hörmann, G. (2011): Migration und Gesundheit – von Defizitanalysen zum Diversity-Ansatz? *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes [Germany])*, 73 (5), 298–307; doi:10.1055/s-0030-1249648, 73: 298-307.
- Wengler, A. (2013): Ungleiche Gesundheit: zur Situation türkischer Migranten in Deutschland. Frankfurt/New York: Campus.
- Williams, D.; Mohammed, S. (2013): Racism and Health I: Pathways and scientific evidence. *American Behavioral Science* 57 (8); doi:10.1177/0002764213487340.
- Woodward, A.; Howard, N.; Wolffers, I. (2014): Health and access to care for undocumented migrants living in the European Union: a scoping review. *Health Policy and Planning* 29 (7), 818–830; doi:10.1093/heapol/czt061.
- Ziegler, P.; Beelmann, A. (2009): Diskriminierung und Gesundheit. In: Beelmann, A.; Jonas, K.J. (Hg.): Diskriminierung und Toleranz. Psychologische Perspektiven und Anwendungsperspektiven. Wiesbaden: VS, 357–378.