

Medizinische Versorgung für Alle? Missstände, Methoden, Wissen und Handlungskompetenzen am Beispiel psychischer Gesundheit aus intersektionaler Perspektive – ein Projekt von global e. V.

Amina Hikari Fall & Dennis Sadiq Kirschbaum

In der medizinischen Versorgung sind aus diskriminierungssensibler und postkolonialer Perspektive viele Missstände zu finden. In diesem Artikel wird das qualitative, partizipative Projekt „Medizinische Versorgung für Alle? Methoden, Wissen und Handlungskompetenz zu globaler Ungerechtigkeit in medizinischer Versorgung am Beispiel der Corona-Pandemie“ von global e. V. vorgestellt, einschließlich erster Teilergebnisse der Expert:innenworkshops zur Bildungsmaterialienentwicklung mit antirassistischem Fokus auf Psychologie und Psychotherapie. Anhand von Missständen in psychologischer Forschung und Praxis aus postkolonialer Perspektive und der Teilergebnisse des Projekts „Medizinische Versorgung für Alle?“ leiten wir Handlungsempfehlungen für die Ausbildung von Therapeut:innen im Speziellen und für gesundheitswissenschaftliche Studiengänge wie Psychologie, Medizin, Sozialpädagogik, Psychotherapie im Allgemeinen ab.

Wer sind wir? – global e. V.

Der Zusammenschluss global e. V. ist ein Berliner Verein für machtkritische Bildungs- und Beratungsarbeit mit Fokus auf Nord-Süd-Beziehungen, der seit 2006 in der entwicklungspolitischen Jugend- und Erwachsenenbildung tätig ist. Ausgangspunkt unserer Arbeit ist eine postkoloniale, rassistus- und machtkritische Perspektive auf globale, innergesellschaftliche, zwischenmenschliche und ökonomische Verhältnisse. Ziel ist es, zur Kritik der eigenen Position in Deutschland und im globalen Kontext anzuregen, Engagement zu motivieren und Handlungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Amina Hikari Fall, Carolin Philipp, Kristina Kontzi und Dennis Sadiq Kirschbaum verantworten das Projekt „Medizinische Versorgung für Alle?“. Die beiden Autor:innen des Artikels, Amina Hikari Fall und Dennis Sadiq Kirschbaum, sind Referent:innen bei global e. V.

Hintergründe des Projekts

Rassismussensibles gesundheitliches Wissen als Leerstelle

Vielfältigen Akteur:innen fehlen dezidiertes Wissen und Reflexionsräume, um sich vertiefend mit kolonialen Kontinuitäten, Rassismus und Feminismus in der Medizin, mit Paternalismus sowie dem Helfer:innensyndrom auseinanderzusetzen. Insbesondere in der Humanmedizin sind Didaktik, Zulassung von Medikamenten, Erprobung von Nebenwirkungen, Impfstoffforschung sowie globale Verteilung von medizinischen Gütern, insbesondere von Impfstoffen, kritisch und feministisch auf den Prüfstand zu stellen. Auch in der Psychologie werden häufig Theorien und Diagnosen aus postkolonialer und/oder feministischer Perspektive kritisiert. Genau hier setzt das Projekt „Medizin für Alle?“ von global e. V. an, um Gegenentwürfe aus intersektionaler Perspektive zu entwickeln.

Psychotherapie und Beratung aus global-gesellschaftlicher, intersektionaler Perspektive

Viele Menschen benötigen an einem Punkt in ihrem Leben Unterstützung für ihre psychische Gesundheit und ihre persönliche Entwicklung. Psychotherapeutische Beratung sollte dabei eine ganzheitliche Betrachtung des individuellen Wohlbefindens anstreben, da oft die Bedeutung von kulturellen, sozialen, wirtschaftlichen und politischen Faktoren vernachlässigt wird. Das Konzept der Intersektionalität (Crenshaw, 1989) kann genau diese Aspekte in den Mittelpunkt der Psychotherapie rücken.

Aufgrund der Globalisierung, des demografischen Wandels, wirtschaftlicher Not, von Kriegen sowie von Flucht- und Migrationsbewegungen vergrößert sich die gesellschaftliche Komplexität in Bezug auf Herkunft, Nationalität, Sprachen, Religionen und kulturelle Prägungen. Besonders vulnerable Gruppen sind Klient:innen aus sozialen Gruppen, die nicht der Mehrheitsgesellschaft oder der Dominanzkultur angehören, wie zum Beispiel Menschen mit LGBTIQ*¹-Hintergrund, Menschen mit Flucht- oder Migrationshintergrund, mit Behinderungen, Kinder und ältere Menschen. In der Arbeit mit diesen vulnerablen Gruppen erweist sich Diversität als ein nützliches Konzept, das eine gute Grundlage für intersektionalitätsin-

1 Lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex, queer and beyond People.

formiertes Arbeiten bietet. Es fördert die Auseinandersetzung mit pluralistischen Lebensweisen und Wissensbeständen und sensibilisiert für die Bedürfnisse verschiedener sozialer Gruppen. Denken wir das Diversitätskonzept aus intersektionaler Perspektive weiter, begreifen wir, dass diverse soziale Kategorien nicht „durch eine einfache Addition der Differenzlinien (‚Geschlecht‘ plus ‚Klasse‘ plus ‚Behinderung‘)“ erfasst werden können (Mecheril & Plöser, 2018, S. 287), sondern dass Unterdrückungsprozesse im Kontext von Mehrfachzugehörigkeiten analysiert werden müssen. Je nach Kontext und Zugehörigkeitskombinationen entstehen verschiedene Erfahrungsqualitäten, Diskriminierungen und Privilegierungen. Diese sozialen Ungleichheitserfahrungen beeinflussen Identitätsprozesse, da gesellschaftliche Zuweisungen die Konstruktion von Identitäten beeinflussen, hinterfragen, verzerren oder verletzen können. Die Erkenntnis, dass intersektionale Diskriminierung existiert, geht mit der Erkenntnis einher, dass es eine „intersektionale Identität“ gibt (Gummich, 2005, S. 8). Diese hat das Potenzial für Widerstands-, Empowerment- und Befreiungsstrategien.

Intersektionalität als Grundlage medizinisch-psychologischen Wissens und Handelns

Intersektionalität als Paradigma kann dabei helfen, die komplexen Lebensrealitäten und vielfältigen Identitätserfahrungen unter Berücksichtigung historischer, gegenwärtiger und geopolitischer Kontexte zu analysieren und zielgruppenspezifische Unterstützungsarbeit im Bereich psychischer Gesundheit zu leisten.

Bereits 1989 wurde das Paradigma Intersektionalität durch die afroamerikanische Juristin Kimberlé Crenshaw akademisch eingeführt, um für Schwarze² Frauen in den USA eindimensionale Antidiskriminierungsgesetze zu erweitern und den *weißen*³ Mittelschichtsfeminismus zu kritisieren. Intersektionalität wurde später auch im deutschsprachigen Raum definiert und um den Begriff der Interdependenz ergänzt, um auch wechselseitige Abhängigkeiten von Differenzkategorien zu verdeutlichen (vgl. Marten & Walgenbach, 2017, S. 158; Mecheril & Plöser, 2018). Seit Crenshaws Klage vor Gericht wurden in den USA und auch in Deutschland Antidiskriminierungsgesetze erweitert. Viele Diskriminierungsbeschwerden benennen

2 Großschreibung folgt der politischen Selbstbezeichnung Schwarzer Menschen.

3 Kursivschreibung, um der oft unsichtbaren *weißen* Norm vorzubeugen.

seitdem intersektionale Mehrfachzugehörigkeiten und entsprechende psychische Belastungen und zeugen so von der Relevanz intersektionaler Antidiskriminierungspolitiken.

Auswirkungen von Diskriminierungen auf das psychische Wohlbefinden

Die negativen Auswirkungen von Diskriminierung auf die mentale Gesundheit sind gut dokumentiert, insbesondere bei LGBTIQ*-Personen (vgl. Mahler et al., 2018). Das Modell des *Minority Stress* (Meyer, 2003) zeigt, dass minorisierte Gruppen permanentem Stress ausgesetzt sind, der sich negativ auf die psychische Gesundheit auswirken kann. Am Beispiel von Rassismus lässt sich zeigen, dass rassistische Diskriminierung, Mikroaggressionen und struktureller Rassismus zu chronischem Stress, Angst, Depressionen und sogar Traumata führen können (Afrozensus, 2020). Die Forschung zu Stress durch Rassismus weist insbesondere im englischsprachigen Raum seit zwei Jahrzehnten sowohl kurz- als auch langfristige Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit der Betroffenen nach. In Deutschland zeigen vereinzelte Studien, z. B. Igel et al. (2010), dass Menschen mit Migrationshintergrund, die aufgrund ihrer Herkunft Diskriminierung erlebten, ihre psychische und physische Gesundheit schlechter einschätzten als diejenigen ohne diese Erfahrung. Diese Realität widerspricht der Genfer Deklaration des Weltärztebundes (2005): „Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit [...] zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten“ (S. 19).

Internationale Forschung belegt die psychischen Folgen rassistischer Diskriminierung (Butts, 2002; Comas-Días & Jacobsen, 2000; Loo et al., 2001; Paradies & Cunningham, 2012). Paradies und Cunningham (2012) zeigten zum Beispiel für die indigene Bevölkerung Australiens, dass die Entwicklung einer Depression nach rassistischer Diskriminierung durch fehlende Kontrolle über das Ereignis, Stress, negative soziale Kontakte sowie Gefühle von Scham und Ohnmacht beeinflusst wird. Im deutschsprachigen Raum fehlt derzeit eine ausreichende Studienlage zu den Auswirkungen rassistischer Diskriminierung auf die Gesundheit (Yeboah, 2017). Es ist wichtig zu beachten, dass nicht nur Klient:innen, sondern auch Therapeut:innen Diskriminierungserfahrungen machen. Dabei zeigt

eine aktuelle quantitative Studie, dass Marginalisierungserfahrungen von Therapeut:innen mit einem erhöhten Privilegienbewusstsein einhergehen (Krammer et al., 2024).⁴

Der Afrozensus als Best-Practice-Beispiel empirischer Forschung für eine „Medizin für Alle“

In Deutschland gibt es seit 2020 eine empirische Diskussionsgrundlage zu Schwarzen Lebensrealitäten (Afrozensus, 2020). Diese basiert auf differenzierten Daten aus einer quantitativen Onlinebefragung sowie aus qualitativen Vertiefungen durch Interviews und Fokusgruppen, durchgeführt von Each One Teach One (EOTO) in Zusammenarbeit mit Citizens For Europe (CFE). Der Afrozensus untersucht aus intersektionaler Perspektive Schwarze, afrikanische und afrodiasporische Lebensrealitäten in Deutschland etwa im Hinblick auf Gesundheit und Bildung (Aikins et al., 2022), insbesondere im Kontext des Anti-Schwarzen Rassismus. Untersucht wurden explizit Diskriminierungserfahrungen in verschiedenen Lebensbereichen, darunter Bildung, Arbeitsleben, Geschäfte/Dienstleistungen, Banken/Versicherungen, Wohnungsmarkt, Öffentlichkeit/Freizeit, Kunst/Kultur, Gesundheit/Pflege, Ämter/Behörden, Justiz, Polizei, Sicherheitspersonal, Medien/Internet sowie das Privatleben. Auch wurde detailliert gefragt, aufgrund welcher Merkmale diese Diskriminierungserfahrungen erlebt wurden: rassistische Gründe/„ethnische Herkunft“, Hautfarbe, Name, Geschlecht, Geschlechtsidentität, sexuelle Orientierung/Identität, Haare/Bart, niedriges Lebensalter, hohes Lebensalter, Sprache, Akzent, sozialer Status/soziale Herkunft, Religion/Weltanschauung/zugeschriebene Religion, Staatsbürgerschaft, Körpergewicht, Kleidung, Aufenthaltsstatus, alleinerziehend, chronische Erkrankung, Beeinträchtigung/Behinderung, ostdeutsche Sozialisation. Der Afrozensus leistet nicht nur einen wichtigen Beitrag zur Datengrundlage für eine „Medizin für Alle?“, die Crenshaws Konzept der Intersektionalität weiter ausbuchstabiert, sondern etabliert auch eine „neue, communities-basierte und zivilgesellschaftlich verankerte Forschung [...]“, um das Vertrauen der Mitwirkenden zu gewinnen – Schwarze Menschen waren im Afrozensus-Projekt nicht die passiven Objekte einer vornehmlich *weißen* Forschungsperspektive, sondern die Subjekte einer Wissenspro-

4 Vgl. den Artikel von Saase et al. in diesem Band zu Privilegienbewusstsein bei Psychotherapeut:innen und Psychologiestudierenden (Anm. d. Hrsg.).

duktion, die Fragestellungen auf die Bedarfe der *Communities* fokussiert“ (Aikins et al., 2022, o. S.).

Aufarbeitung von Rassismus und Trauma im Therapiesetting

BIPOCs⁵ sind in deutschen Therapieziimmern oft stigmatisierendem Verhalten ausgesetzt (Afrozensus, 2020). Rassistische Vorurteile wie das stereotype Bild von übertriebenem Leiden bei Südländer:innen, umgangssprachlich als *Morbus mediterraneus* oder *Morbus Bosporus* bezeichnet, können das Erkennen ernsthafter Krankheitsbilder erschweren und gesundheitsschädigende Folgen haben. Die historischen und psychologischen Auswirkungen rassistischer Unterdrückung werden im westlichen Diskurs häufig ignoriert, was die Notwendigkeit einer rassismussensiblen Psychotherapie⁶ unterstreicht. BIPOCs sind täglich mit Diskriminierung konfrontiert, die sowohl individuelle als auch historische und kollektive Traumata bezüglich Versklavung und Kolonialismus sowie Schamgefühle umfasst (Kilomba, 2008, S. 133). Im deutschsprachigen Raum wird wiederholt gefordert, Rassismuserfahrungen als traumatisch anzuerkennen und sie diagnostisch in Traumafolgestörungen zu berücksichtigen, da ähnliche Symptome auftreten.⁷

Das Modell des *race-based traumatic stress*, entwickelt von Carter (2007), zeigt, dass es nicht einzelne rassistische Mikroaggressionen sind, die traumatisieren, sondern dass ihre kumulative Wirkung als Gesamtheit zu einer traumatischen Belastung führen kann. Rassistische Mikroaggressionen werden definiert als „kurze und alltägliche verbale Verhaltens- und Umweltverletzungen, ob beabsichtigt oder unbeabsichtigt, die feindliche, abwertende, negative rassistische Anspielungen und Beleidigungen an die Zielperson oder -gruppe übermitteln“ (Sue et al. 2007, S. 273). Khan (1963) beschreibt ein kumulatives Trauma, das von Keilson (1979) mit seinem Konzept der sequenziellen Traumatisierung unterstützt wird. Dies besagt, dass wiederholte traumatische Ereignisse zu einer Verschärfung des

5 Black, Indigenous, and people of color.

6 Vgl. diverse Artikel (Cuff-Schöttle & Saase; Gosteli & Türe; Grafwallner & Saase; Hinterschwepfinger; Krefß; Mmari & Gold; Raj; Saad & Punkt; Schneller) in diesem Band zu rassismuskritischer Beratung und Therapie (Anm. d. Hrsg.).

7 Vgl. diverse Artikel (Birnkammer & Calvano; Bosch; Cuff-Schöttle & Saase; Fall & Kirschbaum; Grafwallner & Saase; Hinterschwepfinger; Krefß; Lerch; Mmari & Gold; Schwartz) in diesem Band zum Zusammenhang von Trauma und Diskriminierungserfahrungen (Anm. d. Hrsg.).

Traumas mit anhaltenden Stressreaktionen führen können, auch nachdem die unmittelbare Belastungssituation endet. Besonders intersektionale Diskriminierungen, die z. B. eine lesbische Frau mit Migrationshintergrund aufgrund verschränkter Formen von Rassismus, Sexismus und Queerfeindlichkeit erlebt, verstärken laut Carter (2007) die Belastung durch die gegenseitige Verstärkung verschiedener Diskriminierungsformen. Gahleitner (2005) hebt hervor, dass schützende Inselerfahrungen entscheidende Schutz- und Resilienzfaktoren im Kontext von Traumatisierung darstellen. Solche Erfahrungen bieten positive Alternativerfahrungen in Bezug auf Verständnis, Wertschätzung, Zugehörigkeit und Selbstwirksamkeit für die Betroffenen. Ein therapeutisches Setting, das intersektionalitätsinformiert arbeitet, könnte solche schützenden Inselerfahrungen bieten.

Un_Berücksichtigung von Machtverhältnissen in therapeutischen Ausbildungen

In der therapeutischen Ausbildung in Deutschland wird die Untersuchung gesellschaftlicher Machtverhältnisse und deren Einfluss auf die menschliche Psyche bis heute kaum thematisiert (Krammer et al., 2024).⁸ Die Suche nach beispielsweise rassismussensiblen Therapeut:innen, erschwert durch die ohnehin überlasteten kassenzugelassenen Therapeut:innen, wird so zu einem zusätzlichen Stressfaktor für Betroffene.

Oft wird übersehen, dass Psychotherapie nicht in einem werte- und herrschaftsfreien Vakuum stattfindet, sondern ein Spiegel gesellschaftlicher Strukturen und Prozesse ist und einen integralen Bestandteil des sozialen Handelns darstellt. Keupp (2009) spricht hier von einer Gesellschaftsvergessenheit. Begreifen wir intersektionale Diskriminierung als Ergebnis vorherrschender Dominanzverhältnisse und wollen ihre Auswirkungen auf die menschliche Psyche berücksichtigen, müssen gesellschaftliche Strukturen und Bedingungen in den psychotherapeutischen Prozess einbezogen werden. In Deutschland wird diese Forderung beispielsweise auch von feministischen Psychotherapien seit den 1970er-Jahren unterstützt (vgl. Ruck et al., 2019).

Der Mangel an therapeutischem Bewusstsein für gesellschaftliche Verflechtungen individueller Lebensrealitäten kann dazu führen, dass Diskri-

⁸ Vgl. die Artikel von Cuff-Schöttle und Saase sowie Grafwallner und Saase in diesem Band (Anm. d. Hrsg.).

minierungserfahrungen übersehen, vereinfacht oder verharmlost werden. Traditionelle therapeutische Praktiken, die oft für eine sehr homogene Bevölkerungsgruppe konzipiert sind, sind häufig nicht auf die Komplexität und Bewältigung von Diskriminierungserfahrungen vorbereitet und reproduzieren oft unbeabsichtigt Stereotypisierung. Dies birgt das Risiko minderwertiger Behandlungen und fehlerhafter Diagnosen. Kognitive Verzerrungen und selektive Wahrnehmung können dazu führen, dass Stereotype und Vorurteile *bestätigt* werden. Ohne intersektionale Sensibilität kann sich Therapie für betroffene Menschen abgekoppelt und ineffektiv anfühlen. Klient:innen könnten befürchten, stigmatisiert oder diskriminiert zu werden, wenn sie über ihre sozialen Identitäten sprechen. Die häufige Zugehörigkeit von Therapeut:innen zur Mehrheitsgesellschaft kann die Empathie im Hinblick auf Diskriminierungserfahrungen einschränken, wenn keine Reflexion darüber erfolgt. Trotz dieser Herausforderungen können Therapeut:innen durch eine entsprechende Schulung intersektionale Ansätze in ihre Arbeit integrieren, um effektivere und gerechtere Behandlungen anzubieten.

Ziele, Methode und Ablauf des Projekts „Medizin für Alle?“

Das Projekt „Medizin für Alle?“ von global e. V. untersucht die Verflechtungen kolonialer und rassistischer Kontinuitäten im Bereich der Medizin und angrenzender gesundheitsbezogener Disziplinen. Es zielt darauf ab, Handlungsempfehlungen, Forderungen und widerständige Perspektiven von BIPOCs und Verbündeten sichtbar zu machen. Die globale, nationale und kommunale Relevanz des Projekts wird u. a. durch die Förderung von Engagement Global mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) sowie der Berliner Landesstelle für Entwicklungszusammenarbeit deutlich.

Das Projekt umfasste eine Recherchephase mit zwei angeleiteten hybriden Expert:innenworkshops zur gemeinsamen Themen- und Expertisesammlung für die Erstellung von Bildungsmaterialien. Anschließend folgte eine Schreibphase, in der 13 Fachartikel zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen aus postkolonialer Perspektive verfasst wurden. Zudem wurde eine Testphase von rassismussensiblen Workshops als Bildungsangebot mit den zuvor erstellten Bildungsmaterialien durchgeführt.

Die Rechercheworkshops fanden am 21.09.2023 und 19.10.2023 mit insgesamt 14 Expert:innen statt. Die Teilnehmenden wurden durch öffentli-

che Ausschreibungen und Netzwerke von global e. V. aus verschiedenen deutschen Städten rekrutiert und finanziell entschädigt. Die Mehrheit der Teilnehmenden waren BIPOCs (postmigrantisch oder im Globalen Süden sozialisiert) und cis-geschlechtlich (wobei einige auch nicht binär, intergeschlechtlich sind). Es waren diverse gesundheitsbezogene Fachexpertisen vertreten: Medizinstudierende im praktischen Jahr, Psychotherapeut:in in Ausbildung, Coach, Dozent:in für Körpervarianten in der Humanmedizin, Doktor:in für innere Medizin. Zusätzliche Tätigkeiten und Anbindungen waren: universitäre:r Diversitätsbeauftragte:r, universitäres BIPOC-Referat, universitäres Referat Gleichstellung, universitäre rassismuskritische Beratungsstelle, Geko-Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln, Robert Koch-Institut oder Tiktokker:in zu Sexualpädagogik.

Im Jahr 2024 startete die Testphase des entwickelten Bildungsangebots in Form von rassismussensiblen Pilot-Webinaren, die sich an medizinisch, psychologisch und entwicklungspolitisch Tätige richteten. Ziel war es zu prüfen, ob die Bildungsmaterialien, die im Expert:innenworkshop entwickelt wurden, für Bildungsangebote geeignet sind. Diese Workshops zielen darauf ab, eine diskriminierungssensible Gesundheitsversorgung zu fördern und machtkritische Dominanzstrukturen innerhalb der Dominanzkultur im globalen Norden aufzudecken sowie widerständiges Wissen aus dem globalen Süden sichtbar zu machen. Mittelfristig können die Teilnehmenden als potenzielle Multiplikator:innen selbst aktiv werden, um das erlernte Wissen anzuwenden, zu verbreiten und so Solidarität zu fördern. Die Pilotworkshops fanden im März 2024 an der Charité Berlin sowie der „Decolonize Global Health Summer School“ des QUEST-Centers im Berlin Institute of Health statt. Sie wurden extern evaluiert und erhielten durchweg positive Rückmeldungen. Weitere Vermittlungsseminare können nun über die Webseite (www.glokal.org) angefragt werden.

Die Materialien und Ergebnisse des Projekts „Medizin für Alle?“ wurden durch Fachbeiträge auf der *E-Learning*-Plattform www.connecting-the-dots.org und der Materialplattform www.mangoes-and-bullets.org von global e. V. online zugänglich gemacht. Die *E-Learning*-Plattform *Connecting the dots* bietet Multiplikator:innen kostenfreie Ressourcen, um sich über Themen unterschiedlicher Perspektiven aus mehr als 500 Jahren Geschichte zu informieren, darunter Kolonialismus, Rassismus in Deutschland, Mensch und Natur, Arbeit, Kapitalismus, Demokratie und Herrschaft, Kultur, Migration und Flucht, Gender und Sexualität, Antisemitismus, Medizin sowie Entwicklung. Der Blog *Mangoes and Bullets* unterstützt rassismus- und herrschaftskritisches Denken und Handeln durch verschiedene Bildungsmaterialien wie

Filme, Lieder und Gedichte sowie durch Informationen über Kampagnen und politischen Aktivismus. Auf beiden Plattformen von *glokal e. V.*, der *E-Learning*- und der Materialplattform, werden widerständige Wissensbestände aus dem Globalen Süden sowie kritische Beiträge zu rassistischen und kolonialen Kontinuitäten in medizinischen Arbeitsfeldern zusammengetragen und veröffentlicht. Da dieses Thema in Deutschland noch vergleichsweise sehr jung ist, streben wir an, die im explorativen Projekt „Medizin für Alle?“ entwickelten Workshops mit den entwickelten Bildungsmaterialien über die Projektlaufzeit bis Ende 2024 hinaus fortzuführen.

Teilergebnisse des Projekts „Medizin für Alle?“ von glokal e. V.

Im Folgenden werden erste Teilergebnisse der Recherche- und Schreibphase zur Materialerstellung berichtet. Die Testphase der Workshops konnte im März 2024 abgeschlossen werden.

Die Ideensammlung der Recherchephase zeigte ein großes inhaltliches Spektrum für eine „Medizin für Alle?“ anhand der gegebenen fachlichen Expertisen: ganzheitliche Gesundheit, globale Gesundheit, Psychologie, Ethnopsychiatrie, Empowerment, *Community Care & Mental Health*, heteronormative Konzepte in der Medizin, *Disability & Being Bi-racial*, Interengeschlechtlichkeit & globaler Süden, geschlechtliche Zwangsangleichungen, *Implicit & Explicit Biases on Antifatness & Racism in Medicine*, Arbeitsmigration, *(No) White Saviorism*, indigene Perspektiven aus Afrika, panafrikanische Perspektiven, südostasiatische Perspektiven, Allgemeinmedizin & Dekolonialisierung, medizinischer Fortschritt im Globalen Süden, globale Medikamentenproduktion, koloniale Vergangenheit der Medizinforschung, Impfstofftestung im Globalen Süden, Gynäkologie für muslimische/afrikanische Länder.

In der Schreibphase entstanden insgesamt 13 Artikel, jeweils auf Deutsch und Englisch verfasst. Davon beschäftigen sich zwei Artikel, von einer Psychotherapeutin in Ausbildung und ein:er Coach:in, explizit mit postkolonialen Perspektiven auf Psychologie und Psychotherapie. Malak Paschkes Artikeltitel lautet „Globale Psychologie neu denken: Die Notwendigkeit der Berücksichtigung von Geschichte und Politik, insbesondere durch das Einbinden revolutionärer Perspektiven des Globalen Südens“. Der Artikel von Roja Massoumi trägt den Titel: „Koloniale Kontinuitäten in der Psychologie – Ein kritischer Blick auf Machtverhältnisse in der psychosozialen Versorgung“. Beide Autor:innen beschreiben in den drei Kapiteln ihrer

Artikel jeweils: Was ist das Problem, die Leerstelle? Was muss sich ändern? Wie kann sich etwas ändern? Im Folgenden werden Auszüge aus diesen zwei Artikeln anhand dieser drei Leitfragen kurz vorgestellt.

Was ist das Problem, die Leerstelle?

Beide Autor:innen verdeutlichen die koloniale Prägung von Psychologie und Psychotherapie im globalen Norden durch eurozentrische Weltbilder, Diagnosen und Behandlungen sowie durch den auf westlichen Glaubenssätzen basierenden Universalismus. So werden „nicht westliche Wissenssysteme und Heilungspraktiken, also jene aus dem globalen Süden“ (Massoumi), sowie „ihre vielfältigen Kulturen und Traditionen einer konstruierten Norm untergeordnet und unterdrückt“ (Paschke). „Die westliche Psychologie liefert somit eine universale Erklärung von Normalität und Gesundheit, während nicht-westliche Ausdrucksformen von psychischem Befinden und Heilung als abweichend, andersartig, wenn nicht sogar schädlich betrachtet werden“ (Massoumi). „Die Geschichte dieser Marginalisierung ist tief in der Sprache, Logik und Reproduktion rassistischer Stereotypen in der Psychologie verwurzelt“ (Paschke). Malak Paschke belegt dies mit veralteten psychologisch-psychiatrischen Diagnosen von „erfundenen Störungen wie ‚Drapetomanie‘ oder ‚Dysaesthesia aethiopica‘“, die Widerstand gegen Unterdrückung und natürlichen Freiheitsdrang pathologisierten.

Was muss sich ändern?

Für Roja Massoumi ist eine

„Anerkennung von kulturellen Unterschieden allein nicht ausreichend, um koloniale Kontinuitäten zu beseitigen und der psychologischen Versorgung von BIPoC gerecht zu werden. Sowohl in der Forschung, in der humanitären Hilfe als auch im Psychotherapie- oder Beratungsraum müssen Machtverhältnisse und Hierarchien jederzeit mitgedacht werden. Das bedeutet, dass es unabdingbar ist, historische und politische Kontexte zu berücksichtigen und sich kontinuierlich in der eigenen Rolle zu hinterfragen. Es sollte allgemeingültig sein, dass es keine universalen, objektiven Annahmen zu psychischer Gesundheit gibt. Verhaltensweisen oder Überzeugungen von Menschen aus dem globalen Süden dürfen nicht weiter pathologisiert oder exotisiert werden.“

Für Malak Paschke sind es vor allem Themen rund um Identität, Bewusstsein und Befreiung von BIPOCs, die eine Veränderung verlangen:

„Der ‚weiße Blick‘ durchdringt noch heute alle Facetten des Lebens, vom Aussehen über die Sprache bis hin zu den vorherrschenden psychologischen Theorien [...]. Mögliche Ansatzpunkte [für BIPOCs, um herauszufinden, wer sie wirklich sind,] sind die Konzepte und Ansätze des Black Consciousness (Psychologie des Schwarzen Bewusstseins) [nach Frantz Omar Fanon] und der Liberation-Therapie (Psychologie der Befreiung) [nach Ignacio Martín-Baró].“

Beide Autor:innen entwickeln umfassende Ideen für Veränderungsprozesse auf struktureller und institutioneller sowie individueller und alltäglicher Ebene. Sie betonen die Notwendigkeit, das koloniale Erbe und seine tiefgreifenden Auswirkungen auf die Welt und das globale Gesundheitssystem anzuerkennen. Während Roja Massoumi konkrete Maßnahmen für Psychologie und Psychotherapie fordert, fokussiert Malak Paschke gesamtgesellschaftliche Teilhabe. Roja Massoumi unterstreicht die Bedeutung, dass die

„Einsicht, dass es keine universal gültige Definition von psychischer Gesundheit und Störung gibt, zusätzlich ihren Weg in die Lehre der Psychologie im globalen Norden finden [muss]. Psycholog:innen und Psychotherapeut:innen müssen bereits in der gesamten Ausbildung kritische Lehrinhalte der postkolonialen Theorien vermittelt bekommen. Die Lehre von ethnopsychologischen und transkulturellen Theorien sowie die Teilnahme an kultur- und diskriminierungssensiblen Trainings sind ein Anfang, reichen jedoch nicht aus. [...] Um die Psychologie und Psychotherapie zu entkolonialisieren, müssen Einzelpersonen, Organisationen sowie die Forschung und Lehre zuerst einmal ein Bewusstsein gegenüber der kolonialen Vergangenheit bekommen. Postkoloniale Theorien brauchen in der Psychologie einen festen Platz.“

Darüber hinaus verweist Malak Paschke auf

„Reflexion und kritische Auseinandersetzung mit unseren Privilegien, der Geschichte und der Politik des globalen Nordens [...]. Globale Gesundheitsräume sollten dekonstruiert und mit transformierenden Werkzeugen gestaltet werden, die von indigenen, *grassroots* (Aktivitäten von der Basis, von den Bürger:innen) und Mehrheitsweltgemeinschaften geschaffen wurden. Die Stimmen der am stärksten ausgebeuteten, unter-

drückten, gewalterfahrenen und marginalisierten Menschen müssen in den Bereichen Politik, Bildung, Gesundheit, Wirtschaft und Justiz gehört werden.“

Malak Paschke fordert u. a. Orte, wo „sich mit Vielfalt und Fluidität wohlfühlt wird“, „Arbeit und Perspektiven von Mehrheitsweltgemeinschaften in den Vordergrund gestellt werden“ und „Intersektionalität und Interdependenz in den Mittelpunkt gestellt werden“. Weiter betont Malak Paschke die „Anerkennung von Komplizenschaften und die Beseitigung von schädlichen Praktiken.“ In ihren Augen „ist es für alle Akteur:innen unabdingbar, sich der eigenen Rolle bewusst zu sein, ihre Handlungen, Absichten und Ansichten zu reflektieren und sich zu fragen, wie sie zur Erhaltung, Verstärkung oder Veränderung der bestehenden kolonialen Ordnung beitragen.“

Fazit: Empfehlungen für rassismuskritische therapeutische Schulungen

Wir schließen uns den Analysen und Empfehlungen von Roja Massoumi und Malak Paschke an. Um wissenschaftliche Prinzipien in der Therapie effektiv anzuwenden, können Therapeut:innen evidenzbasierte Strategien übernehmen, die jedoch kontinuierlich aus intersektionaler Perspektive reflektiert werden sollten. Dies umfasst fortlaufende Schulungen zur kulturellen Kompetenz,⁹ eine gründliche Selbstreflexion bezüglich persönlicher Vorurteile sowie ein Engagement für kontinuierliches Lernen durch die Auseinandersetzung mit wissenschaftlicher Literatur und ihren Weiterentwicklungen. Wissenschaftlich validierte Instrumente zur Bewertung der psychologischen Auswirkungen von Diskriminierung können in den therapeutischen Prozess integriert werden. Eine weitere Empfehlung zielt auf das Empowerment der Klient:innen ab, etwa durch die Förderung ihrer Fähigkeit zur Selbstreflexion und Selbstfürsorge. Wichtig ist außerdem die Schaffung von Therapieumgebungen, die Diversität widerspiegeln.¹⁰ Dies kann Klient:innen dabei helfen, sich sicher und verstanden zu fühlen. Auch kann das die Vielfalt der therapeutischen Ansätze erweitern. Die Integration des Intersektionalitäts-Paradigmas in Psychotherapie und Beratung ist von entscheidender Bedeutung, um sicherzustellen, dass alle Menschen Zu-

9 Vgl. den Begriff der intersektionalen Kompetenz (Saase, 2025; Saase et al., 2024), beschrieben in der Einleitung in diesem Band (Anm. d. Hrsg.).

10 Vgl. Begriffe wie Pluriversität (Mbembe, 2016) mit *diversity of people* und *diversity in knowledge* (Wekker et al., 2016) in der Einleitung in diesem Band (Anm. d. Hrsg.).

gang zu angemessener und ganzheitlicher psychischer Gesundheitsversorgung haben. Dies erfordert nicht nur eine Anerkennung der einzigartigen Erfahrungen der Klient:innen, sondern auch eine kontinuierliche Reflexion und Anstrengung seitens des Fachpersonals zur Entwicklung kultureller Kompetenz und Sensibilität. Indem wir das Paradigma Intersektionalität in der Psychotherapie und Beratung priorisieren, können wir dazu beitragen, eine gerechtere und inklusivere Gesellschaft¹¹ zu schaffen, in der alle Menschen die Unterstützung erhalten, die sie benötigen.

In Deutschland werden diese Empfehlungen bereits in ersten externen Zusatzschulungen angeboten, die bisher aber nicht verpflichtend zur therapeutischen Ausbildung gehören. So bildet beispielsweise der Verbund „Rassismuskritische Psychotherapie und Beratung“ Psychotherapeut:innen und Berater:innen für eine rassismuskritische Arbeit aus. Auch die Seite *DE_CONSTRUCT* des Portals *My Urbanology*¹² verweist auf Weiterbildungsangebote zum Thema rassismussensible Therapie und Beratung. Diese ersten Angebote möchte global e. V. mit dem Projekt „Medizin für Alle?“ erweitern.

Letztlich bedarf es aber eines Paradigmenwechsels in der (akademischen) Ausbildung von Therapeut:innen, Berater:innen und anderen Disziplinen aus der Medizin und Entwicklungszusammenarbeit. Schulungen zu Rassismus und Diskriminierung mit intersektionalem Charakter sollten nicht mehr der privaten Verantwortung der Einzelnen überlassen werden. Stattdessen sollten sie integraler Bestandteil von gesundheitswissenschaftlichen und psycho-sozialwissenschaftlichen Studiengängen wie Psychologie, Medizin, Sozialpädagogik, Psychotherapie sowie von sonstigen Psychotherapie-Ausbildungen und Facharztausbildungen sein. Dafür bietet das Projekt „Medizin für Alle?“ von global e. V. hilfreiche Bildungsmaterialien und Workshops für Theorie und Praxis.

Literaturverzeichnis

- Afrozensus (2020). *Der Report – Afrozensus*. <https://afrozensus.de/reports/2020/>
- Aikins, J. K., Bremberger, T., Gyamerah, D., & Muna AnNisa Aikins, M. (2022, 18. März). *Afrozensus – Intersektionale Analysen zu Anti-Schwarzem Rassismus in Deutschland*. bpb. <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/schwarz-und-deutsch-2022/506172/afrozensus/>

11 Vgl. den Artikel von Czollek in diesem Band zu struktureller Diskriminierung und *Social Justice* (Anm. d. Hrsg.).

12 Vgl. Cuff-Schöttle und Saase zur Entstehungsgeschichte und Idee dieser Plattform (Anm. d. Hrsg.).

- Butts, H. F. (2002). The black mask of humanity: Racial/ethnic discrimination and post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 30(3), 336–339.
- Carter, R. T. (2007). Racism and Psychological and Emotional Injury: Recognizing and Assessing Race-Based Traumatic Stress. *The Counseling Psychologist*, 35(1), 13–105. <https://doi.org/10.1177/0011000006292033>
- Comas-Díaz, L., & Jacobsen, F. M. (2001). Ethnocultural allodynia. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 246–252.
- Crenshaw, K. W. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139–167.
- Gummich, J. (2005). Schützen die Antidiskriminierungsgesetze vor mehrdimensionaler Diskriminierung? Oder: Von der Notwendigkeit, die Ausgeschlossenen einzuschließen (ADEFRA e. V.). In Antidiskriminierungsnetzwerk Berlin des Türkischen Bundes Berlin-Brandenburg (Hrsg.), *QUEbERlin. Mehrfachzugehörigkeit als Bürde oder Chance?! Die Gesichter des Queer-Seins & MigrantIn-/Schwarz-Seins* (S. 6–15). Concept Verlag & Werbeagentur GmbH.
- Igel, U., Brähler, E., & Grande, G. (2010). Der Einfluss von Diskriminierungserfahrungen auf die Gesundheit von MigrantInnen. *Psychiatrische Praxis*, 37(4), 183–190. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1223508>
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Enke.
- Keupp, H. (2009). Psychische Störungen und Psychotherapie in der spätmodernen Gesellschaft. *Die Psychotherapie*, 54, 130–138. <https://doi.org/10.1007/s00278-009-0658-6>
- Khan, M. M. R. (1963). Das kumulative Trauma. In M. M. R. Khan (Hrsg.), *Selbsterfahrung in der Therapie* (S. 50–70). Kindler.
- Kilomba, G. (2008). *Plantation memories. Episodes of everyday racism*. Unrast.
- Krammer, T., Saase, S., Berth, H., & Kilian, C. (2024). Diskriminierungssensible Psychotherapie: Wie hoch ist das Privilegienbewusstsein von Psychotherapeut*innen in Deutschland? *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 74, 120–128. <https://doi.org/10.1055/a-2244-7468>
- Loo, C. M., Fairbank, J. A., Scurfield, R. M., Ruch, L. O., King, D. W., Adams, L. J., & Chemtob, C. M. (2001). Measuring exposure to racism: Development and validation of a Race-Related Stressor Scale (RRSS) for Asian American Vietnam veterans. *Psychological Assessment*, 13, 503–520.
- Mahler, L., Mundle, G., & Plöderl, M. (2018). Wirkungen und Nebenwirkungen des Krankheitskonzepts „Homosexualität“. *Fortschritte Neurologie, Psychiatrie*, 86(8), 469–476. <https://doi.org/10.1055/a-0653-7177>
- Marten, E., & Walgenbach, K. (2017). Intersektionale Diskriminierung. In A. Scherr, A. El-Mafaalani & G. Yüksel (Hrsg.), *Handbuch Diskriminierung* (S. 157–171). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10976-9_11
- Mbembe, A. (2016). Decolonizing the university: New directions. *Arts and Humanities in Higher Education*, 15, 29–45.

- Mecheril, P., & Plößer, M. (2018). Diversity und Soziale Arbeit. In H.-U. Otto, H. Thiersch, R. Treptow & H. Ziegler (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit* (6. Aufl., S. 283–292). Ernst Reinhardt.
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Paradies, Y. C., & Cunningham, J. (2012). The DRUID study: Exploring mediating pathways between racism and depressive symptoms among Indigenous Australians. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 165–173. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0332-x>
- Ruck, N., Köhne, M., Beck, M., Knasmüller, F., Luckgei, V., & Parzer, W. (2019). Feministische Therapie – frauenspezifische Therapie – gendersensible Therapie. *Psychotherapie Forum*, 23, 4–10. <https://doi.org/10.1007/s00729-019-0111-4>
- Saase, S. (2025). Intersektionalitätsinformierte Kompetenzen für Therapie und Coaching: Vorteile, Erkenntnisse und ein konkretes Kompetenzmodell. *OSC – Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 32(3), 403–417. <https://doi.org/10.1007/s11613-025-00925-2>
- Saase, S., Krefß, L., & Kauffeld, S. (2024). *Psychotherapy as an evolving field of HRD: A qualitative study of intersectional psychotherapist competence development*. Manuscript submitted for publication.
- Sue, D. W., Capodilupo, C. M., Torino, G. C., Bucceri, J. M., Holder, A. M., Nadal, K. L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: implications for clinical practice. *The American Psychologist*, 62(4), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Wekker, G., Sloodman, M. W., Icaza, G. R., Jansen, H., & Vázquez, R. (2016). *Let's do Diversity. Report of the University of Amsterdam Diversity Commission*. Ipskamp.
- Weltärztebund (2005). *Handbuch der ärztlichen Ethik*. World Medical Association. https://www.wma.net/what-we-do/education/medical-ethics-manual/ethics_manual_german/
- Yeboah, A. (2017). Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland. In K. Fe-reidooni & M. El (Hrsg.), *Rassismuskritik und Widerstandsformen* (S. 143–161). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-14721-1_9