

IIIIIIIIII Rassismus im Gesundheitssystem IIIIIIIIIII

Fokus antimuslimischer Rassismus



(Antimuslimischer) Rassismus im österreichischen Gesundheitssystem

Eine explorative Studie zu gesundheitlichen Auswirkungen und
rassismuskritische Handlungsempfehlungen.

Bezugsgruppen im Zentrum der Studie:

Von (antimuslimischem) Rassismus betroffene Communities in Österreich

Adressat:innen:

Politische Entscheidungsträger:innen im Gesundheitswesen,
Leitungen und Fachpersonal im Gesundheits- und Pflegebereich sowie verantwortliche
Institutionen in Aus-, Fort- und Weiterbildung

Autor:innen:

Dokumentations- und Beratungsstelle Islamfeindlichkeit und antimuslimischer Rassismus
(Dokustelle Österreich)
„Arbeitsgruppe Gesundheit und Rassismus“
Esmeralda Golubovic, Ümmü Selime Türe, a-l punkt, Gomana Soliman

Jänner 2026

Inhaltsverzeichnis

Danksagung	1
Executive Summary	2
1. Einleitung	3
2. Theoretischer Rahmen: Macht, Rassismus und Gesundheit	4
3. Methodisches Vorgehen	6
4. Datenanalyse: (Antimuslimischer) Rassismus im	8
Gesundheitssystem	8
4.1 Soziodemografische Verteilung und Selbst- und Gruppenidentifikation	8
4.2 Strukturelle Diskriminierung und Alltagserfahrungen	10
4.3 Sichtbare muslimische Identität als Faktor für Diskriminierung	11
4.4 Formen und Mechanismen des (antimuslimischen) Rassismus	11
4.5 Gewalt, unangemessene Behandlung und Grenzverletzungen	12
4.6. Auswirkungen auf Vertrauen und Inanspruchnahme von Versorgung	14
4.7 Meldeverhalten, institutionelles Schweigen und mangelnde Konsequenzen	16
5. Gesundheitliche Auswirkungen von Rassismus	17
6. Handlungsempfehlungen	18
6.1 Für Akteur*innen im Gesundheitswesen	18
6.2 Für Politik und Institutionen	20
6.3 Für direkt Betroffene	21
7. Fazit	22
8. Literatur	24
9. Abbildungsverzeichnis	27

Danksagung

Diese Studie wäre ohne die vielen Menschen, die ihre Erfahrungen, ihr Wissen und ihre Zeit eingebracht haben, nicht möglich gewesen. An erster Stelle gilt unser tief empfundener Dank den Teilnehmenden der Online-Umfrage. Ohne eure Bereitschaft, Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem zu teilen, gäbe es diese Studie nicht. Uns ist bewusst, dass es belastend und mitunter schmerzhaft sein kann, eigene rassistische Erfahrungen – insbesondere im Kontext von Krankheit, Abhängigkeit und Vulnerabilität – erneut zu durchleben und in einer Online-Umfrage zu schildern, ohne dass ein Gegenüber unmittelbar reagiert oder Halt geben kann. Eure Offenheit, euer Vertrauen und eure Bereitschaft, diese Erfahrungen dennoch sichtbar zu machen, sind von unschätzbarem Wert. Danke wirklich. Solltet ihr im Zusammenhang mit diesen Erfahrungen Unterstützung benötigen, zögert bitte nicht, euch jederzeit an die Dokustelle Österreich zu wenden.

Unser besonderer Dank gilt Civitates – The European Democracy Fund für die finanzielle Unterstützung und das Vertrauen in diese rassismuskritische Arbeit. Wir danken außerdem dem gesamten Team der Dokustelle Österreich für die kontinuierliche inhaltliche, organisatorische und politische Begleitung dieses Prozesses sowie für die Arbeit, die oft im Hintergrund bleibt und dieses Projekt überhaupt erst ermöglicht hat.

Ein großer Dank gilt zudem allen Personen, die sich an Expert*innenkreisen und Arbeitsgruppentreffen beteiligt haben. Eure fachlichen Perspektiven, eure Erfahrungen aus Forschung und Praxis sowie der kritische Austausch waren zentral für die theoretische Fundierung und die politische Ausrichtung dieser Studie. Wir hoffen sehr, dass diese Studie in eurem Sinne steht und für möglichst viele Menschen als Ressource nutzbar ist.

Schließlich danken wir unserem starken Umfeld in Wien, in ganz Österreich und darüber hinaus, das sich seit Jahren Seite an Seite für rassismuskritische, intersektionale und machtkritische Zugänge im Gesundheitswesen einsetzt. Diese Arbeit ist Teil kollektiver Kämpfe gegen strukturellen Rassismus und für gesundheitliche Gerechtigkeit. Diese Studie versteht sich ausdrücklich als kollektives Produkt – getragen von vielen Stimmen – mit dem Ziel, Machtverhältnisse im Gesundheitssystem sichtbar zu machen, zu benennen und langfristige Veränderung anzustoßen.

Gefördert durch



Executive Summary

Diese Studie analysiert antimuslimischen Rassismus im österreichischen Gesundheitssystem auf Basis einer quantitativen Befragung von 45 muslimischen Personen. Die Ergebnisse zeigen deutlich, dass (antimuslimischer) Rassismus kein Einzelfall, sondern ein strukturelles Phänomen ist, das sich in Kommunikation, Diagnostik und institutionellem Verhalten zeigt sowie im Umgang mit Schutz und sichere Behandlung, Würde und dem (bio)psychosoziales Wohlbefinden niederschlägt.

Über 60 % der Befragten leben in Wien, knapp ein Viertel in der Steiermark. Für 44,4 % der Befragten ist die eigene sichtbare muslimische Zugehörigkeit (z. B. Kopftuch, Name, Hautfarbe) der Hauptgrund für Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem. Besonders gravierend ist der Bereich des Nicht-Ernstgenommen-Werdens. 77,7 % der Befragten geben an, dass ihre Schmerzen oder Symptomen nicht oder nur teilweise ernst genommen wurden.

Machtkritisch eingeordnet zeigen die Daten: Das Gesundheitssystem reproduziert gesellschaftliche rassistische Muster, Dynamiken und Strukturen. (Antimuslimischer) Rassismus wirkt dabei als sozialer Determinante von Gesundheit. In Anlehnung an Frantz Fanon (1986), Resmaa Menakem (2017) und eine Bandbreite an Public-Health-Forschung wird deutlich, dass Rassismus nicht nur psychisch, sondern somatisch wirkt (Yeboah 2017).

Zentrale Empfehlungen umfassen die institutionelle Anerkennung von Rassismus als Gesundheitsrisiko, verpflichtende rassismuskritische Fortbildungen, strukturelle Beschwerdemechanismen sowie die systematische Einbindung muslimischer Communities.

1. Einleitung

Gesundheitseinrichtungen sowie -angebote, einschließlich Gesundheitssysteme, gelten häufig als ‚neutrale Orte‘ der Fürsorge. Was häufig keine Anerkennung erhält ist, dass medizinische Institutionen und Angebote im österreichischen Kontext tief in gesellschaftliche Macht- und Ungerechtigkeitsverhältnisse eingebettet sind (Adeifio Gosteli & Türe, 2025; Saad, 2022). Rassismus wirkt im Gesundheitsbereich besonders folgenreich, da medizinische Begegnungen von Abhängigkeit, Vertrauen und (körperlicher) Vulnerabilität¹ geprägt sind.

Um diese Dynamiken systematisch zu untersuchen, hat die Dokustelle Österreich eine Arbeitsgruppe gegründet, die Menschen aus unterschiedlichen Gesundheitsbereichen vereint. Gemeinsam wurde eine quantitative Online-Umfrage entwickelt, verbreitet und ausgewertet. Ergänzend erfolgte kontinuierlichem Austausch mit Expert*innen aus dem Bereich „Rassismus und Gesundheit“, deren Forschung und Praxisarbeit von zentraler Bedeutung für diese Analyse war.

Besondere Aufmerksamkeit galt dabei das Erreichen von Muslim*innen bzw. Personen, die als muslimisch gelesen werden, da die Dokustelle Österreich in den letzten Jahren häufiger Fallmeldungen aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung erreichten. Das Projekt ermöglichte einen Fokus auf antimuslimischen Rassismus im Gesundheitssystem zu setzen und vertiefend zu erforschen. Viele der dokumentierten Erfahrungen sind jedoch generelle Indikatoren für alle Formen des strukturellen Rassismus im österreichischen Gesundheitssystem. Diese Studie verfolgt das Ziel, diese Erfahrungen erkennbar zu machen, theoretisch einzuordnen und konkrete politische sowie institutionelle Handlungsempfehlungen abzuleiten. Die vorliegenden Daten machen deutlich: Für viele von Rassismus betroffene Patient*innen, hier insbesondere muslimische Patient*innen oder als solche gelesene Personen, ist der Kontakt mit dem Gesundheitssystem nicht nur medizinisch, sondern auch politisch und emotional geprägt und aufgeladen. Erfahrungen von Nicht-Ernstgenommen-Werden, Kulturalisierung² von Erfahrungen und implizitem Misstrauen prägen den Zugang zu Versorgung.

Wir hoffen, dass diese Studie nicht nur die Erfahrungen muslimischer Patient*innen sichtbar macht, sondern als Grundlage für Maßnahmensetzung, weitere Forschung und institutionelle Veränderung für alle von Rassismus betroffenen Gruppen dienen kann. Der verwendete Fragebogen kann dabei angepasst werden, um größere, inklusivere Studien zu ermöglichen. Trotz

¹ Vulnerabilität bezeichnet hier eine situative und strukturell hervorbrachte Verletzbarkeit: Personen, die Rassismuserfahrungen machen und medizinische Versorgung aufsuchen, sind häufig bereits durch Ausschlüsse, Stress und Vertrauensverlust vorbelastet und körperlich geschwächt. Diese Vulnerabilität ist nicht individuell bedingt, sondern entsteht aus ungleichen Machtverhältnissen und institutionellen Rahmenbedingungen im Gesundheitssystem.

² Kulturalisierung meint die Reduktion komplexer Erfahrungen auf vermeintlich kulturelle Zuschreibungen, wobei Kultur als statisch statt als beweglich und überlappend konstruiert wird und strukturelle Ungerechtigkeiten entpolitisiert werden (u.a. Hall, 1990; Räthzel & Hall, 2025; Said, 1978).

des aktuellen Fokus auf antimuslimischen Rassismus soll die Analyse als Beitrag für alle Menschen, die Rassismus in Österreich erleben, verstanden werden.

2. Theoretischer Rahmen: Macht, Rassismus und Gesundheit

Rassismus ist mehr als individuelle Vorurteile: Er ist ein strukturelles und historisches Machtphänomen, das soziale Hierarchien stabilisiert, Differenzen markiert und soziale Ungleichheiten verstärkt. Im Gesundheitswesen zeigt sich Rassismus auf vielfältige Weise: strukturell, institutionell, interpersonell und körperlich. Gesundheit ist daher nicht nur eine biologische, sondern auch eine politische Kategorie (Saad, 2025; Yeboah, 2017).

Expert*innen wie Grada Kilomba (2010) und Robert Carter (2007) beschreiben Rassismus als Gewalt, die sich in Körper einschreibt. Kilomba (2010) bezeichnet Alltagsrassismus als wiederkehrenden gewaltsamen Schock, der traumatisch wirkt, da er historische Kolonial- und Unterdrückungserfahrungen³ reproduziert. Traumatische Erfahrungen und damit einhergehender Stress werden im Körper gespeichert (u.a. Carter, 2007; Cuff-Schöttle & Saase, 2025), selbst wenn sie dem Bewusstsein nicht zugänglich sind. Unterdrückungsbezogene sowie koloniale Flashbacks (Kilomba, 2010) treten in alltäglichen Diskriminierungserfahrungen auf, z. B. in wiederholten Fragen nach der Herkunft oder subtilen Abwertungen. Das Konzept des ‚race-based traumatic stress‘ (Carter, 2007; Cuff-Schöttle & Saase (2025) beschreibt direkte und indirekte Verletzungen, dahingehenden auf den Körper auswirkenden Stress, die rassifizierte Personen erfahren: Demütigungen, Grenzverletzungen, Beobachtung von Diskriminierung anderer sowie Sekundär-Traumatisierungen⁴. Diese Erfahrungen sind nicht nur psychisch belastend, sondern wirken auch auf körperlicher Ebene.

Smith et al. (2016) beschreiben das Konzept von ‚racial battle fatigue‘ als die psychophysiologischen Belastungen, die durch das ständige Navigieren in rassifizierten Alltagssituationen entstehen. Personen, die ‚racial battle fatigue‘ erleben, zeigen demnach Symptome wie Erschöpfung, Bluthochdruck, Depressionen oder weitere chronische Erkrankungen. Rassismus wirkt demnach als bio-psycho-sozialer Gesundheitsfaktor (u.a. Saad, 2022; Cuff, 2021), der sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit systematisch beeinträchtigt. Resmaa Menakem (2017) erweitert diese Perspektive mit der HIPPT-Theorie (Historical, Intergenerational, Persistent, Personal Trauma). Danach ist Trauma nicht nur eine

³ Gegenwärtige individuelle, institutionelle und strukturelle Rassismuserfahrungen stehen in engem Zusammenhang mit transgenerationalen Unterdrückungserfahrungen rassifizierter Menschen.

⁴ Sekundär-Traumatisierungen bezeichnen Gewalterfahrungen, die rassifizierte Personen nicht selbst erleben, sondern beobachten und bezeugen und die dennoch eine ähnliche traumatische Wirkung entfalten können.

individuelle Erfahrung, sondern zugleich historisch und generationsübergreifend, institutionell verankert und persönlich erfahrbar. Rassistische Erfahrungen wirken sowohl somatisch als auch psychisch; ihre Folgen können über Generationen hinweg bestehen und werden durch institutionelle Strukturen verstärkt. Menakem (2017) zeigt, dass die unterschiedlichen Ebenen von Trauma eng miteinander verwoben sind, sodass die gesundheitlichen Auswirkungen von Rassismus nicht isoliert betrachtet werden können, sondern immer im Kontext historischer und gesellschaftlicher Machtverhältnisse stehen.

Antimuslimischer Rassismus (Hafez, 2021; Attia, 2015) ist eine spezifische Form, die Religionszugehörigkeit kulturalisiert, muslimische Körper als bedrohlich markiert und Zugehörigkeit infrage stellt. Im österreichischen Gesundheitssystem äußert sich dies subtil, etwa in Zuschreibungen wie „schwierig“, „kompliziert“ oder „kulturell anders.“ Solche Diskriminierungen führen dazu, dass Patient*innen nicht ernst genommen werden, ihre Bedürfnisse nicht berücksichtigt werden und der Zugang zu Versorgung erschwert wird (Saad, 2025; Yeboah, 2017).

Antimuslimischer Rassismus ist dabei exemplarisch für breitere Mechanismen von Rassismus in Österreich, was sich unter anderem in struktureller Diskriminierung, unzureichend angepasste medizinische Ausbildungsinhalte (z. B. fehlende Schulung zu dermatologischen Unterschieden bei BPoC⁵) und die mangelnde Einbettung rassismuskritischer Kompetenzen zeigt, welche wiederum gesundheitliche Ungleichheiten verstärken (vgl. Mukwende et al., 2020; Saad, 2025).

Rassismus wirkt auf allen Ebenen der (biopsychosozialen) Gesundheit:

- Biologisch: Chronischer Stress aktiviert das autonome Nervensystem, erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck, Stoffwechselstörungen oder andere somatische Erkrankungen (u.a. Hambrock & Urlings, 2021; Kasproski et al., 2021; Yeboah, 2017; Smith et al., 2016)
- Psychisch: Wiederholte Diskriminierung kann zu Depressionen, Angststörungen, posttraumatischen Belastungen oder Erschöpfungszuständen führen (Carter, 2007; Smith et al., 2016).
- Sozial: Rassismus erschwert den Zugang zu Gesundheitsversorgung, führt zu Misstrauen gegenüber medizinischem Personal und verzögert die Inanspruchnahme von Leistungen (Yeboah, 2017; Saad, 2025).

⁵ Wir verwenden den Begriff BPoC (Black and People of Color) anstelle von BIPOC (Black, Indigenous, and People of Color), obwohl wir die Sichtbarmachung indigener Perspektiven ausdrücklich als wichtig erachten. Im österreichischen Kontext kann es jedoch zu Missverständnissen darüber kommen, wer genau mit dem Begriff gemeint ist. Um diese begriffliche Unschärfe zu vermeiden, wurde BPoC für die Zwecke dieser Studie gewählt.

Rassismus kann somit als eigenständiger Gesundheitsrisikofaktor betrachtet werden. Studien belegen, dass wiederholte Diskriminierung die Gesundheit belastet und den allgemeinen Gesundheitszustand langfristig verschlechtert, ein Phänomen, das durch Konzepte wie ‚race-based trauma‘, ‚racial battle fatigue‘ und HIPPT-Theorie erklärbar ist (Carter, 2007; Smith et al., 2016; Menakem, 2017).

Rassismus ist eng verbunden mit Kolonialität und historischer Gewalt und Unterdrückung (Kilomba 2010). Diese koloniale und ‚race-based trauma‘-Perspektive zeigt, dass Alltagsrassismus als potenziell wiederkehrend traumatisierend verstanden werden kann. Auch Amma Yeboah (2017) betont, dass systematischer sozialer Ausschluss von BPoC biologische Selbstzerstörungsprozesse im Körper aktiviert, etwa durch chronischen Stress, erhöhte Entzündungsreaktionen und/oder Dysregulation des autonomen Nervensystems, wodurch Rassismus direkt als gesundheitsschädigende Kraft wirkt.

Rassismus im Gesundheitssystem wirkt auf individueller, institutioneller, diskursiver, historischer und struktureller Ebene (Roig, 2021) und erzeugt messbare gesundheitliche Schäden. Intersektionale, dekoloniale und rassismuskritische Ansätze sind entscheidend, um diese Ungleichheiten sichtbar zu machen, sie theoretisch einzuordnen und schließlich die Versorgung und Ausbildung so zu gestalten, dass sie alle Menschen, unabhängig von ihrer rassifizierten Identität, würdevoll und sicher erreichen.

3. Methodisches Vorgehen

Die Datengrundlage dieser Studie bildet eine quantitative Online-Befragung mit dem Ziel, systematische Erfahrungen von Rassismus im österreichischen Gesundheitssystem sichtbar zu machen und diese machtkritisch einzuordnen. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich über Juli und August 2025. Insgesamt gingen 121 vollständig ausgefüllte Fragebögen ein, von denen sich 45 Personen als muslimisch oder muslimisch gelesen identifizierten. Aufgrund des Projektschwerpunkts auf antimuslimischem Rassismus fokussiert die folgende Analyse auf diese Kohorte. Eine vertiefende Auswertung des Gesamtrücklaufs steht zum jetzigen Zeitpunkt noch aus. Eine erste Grobanalyse deutet jedoch auf ähnliche Tendenzen zwischen den Erfahrungen muslimisch gelesener Personen und jenen anderer von Rassismus betroffener Gruppen hin; darauf wird in Kapitel 4 näher eingegangen.

Die standardisierte Befragung erhob quantitative Daten zu demografischen Merkmalen (u. a. Wohnort, Alter, Gender), wahrgenommener (sichtbarer) muslimischer Zugehörigkeit sowie zu Erfahrungen mit Diskriminierung im Gesundheitssystem. Darüber hinaus wurden gesundheitliche Auswirkungen dieser Erfahrungen abgefragt, insbesondere in Bezug auf

psychisches Wohlbefinden, Stress, Angst, Vermeidungsverhalten und Vertrauen in gesundheitsbezogene Institutionen und Angebote.

Ergänzend zur quantitativen Erhebung hatten die Teilnehmenden in mehreren Fragen die Möglichkeit, offene Zusatzantworten zu geben. Diese qualitativen Angaben wurden systematisch gesichtet, thematisch gebündelt und analytisch ausgewertet (Mayring, 2015). Sie dienen in der vorliegenden Studie der kontextualisierenden Vertiefung der quantitativen Ergebnisse und sind als solche kenntlich gemacht. Ziel dieses Mixed-Methods-Ansatz war es, Erfahrungs- und Wirkungsdimensionen erkennbarer zu machen, die durch standardisierte Antwortformate nur eingeschränkt abgebildet werden können.

Die quantitative Auswertung erfolgte vorrangig deskriptiv. Der Fokus lag nicht auf statistischer Repräsentativität, sondern auf dem Herausarbeiten wiederkehrender Muster, struktureller Zusammenhänge und institutioneller Logiken von Diskriminierung. Die Analyse wurde theoriegeleitet vorgenommen, indem die empirischen Daten mit bestehender rassismus-, macht- und gesundheitstheoretischer Literatur (Adeifio Gosteli & Türe, 2025; Carter, 2007; Carter et al, 2017a; Carter et al, 2017b; Cuff, 2021; Fanon, 1986; Kilomba, 2010; Lerch, 2019; Marmot, 2015; Menakem, 2017; Murray-Browne, 2020; Saad & Taheri-Maynard, 2021; Saad, 2022; Saad, 2025; Smith et al., 2016; Yeboah, 2016; Bryant-Davis & Ocampo, 2005a; Bryant-Davis & Ocampo, 2005b; Bryant Davis, 2007) verknüpft wurden. Insbesondere Konzepte zu strukturellem Rassismus, sozialer Determination von Gesundheit sowie intersektionalen Machtverhältnissen bildeten den analytischen Rahmen. Für die Erhebung wurde aufgrund thematisch ähnlicher Forschungsschwerpunkte ein bestehender Fragebogen verwendet, der in der Studie *„A Snapshot of Hate: Subjective Psychological Distress After a Hate Crime: An Exploratory Study on Victimization of Muslims in Canada“* (2023) von Kathleen Kennedy-Turner, Carolyn Côté-Lussier und Denise Helly (INRS_UCS)⁶ eingesetzt wurde. Der Fragebogen wurde auf Anfrage zur Verfügung gestellt und mit Genehmigung der Autorinnen für die vorliegende Studie kontextualisiert und angepasst.

Aufgrund des begrenzten Stichprobenumfangs erhebt diese Studie keinen Anspruch auf Repräsentativität für alle muslimischen sowie als muslimisch gelesenen Personen in Österreich. Vielmehr versteht sie sich als explorative und strukturaufdeckende Untersuchung in einem bislang in Österreich stark untererforschten Feld (Saad, 2025). Die Ergebnisse liefern wichtige empirische Hinweise auf systematische Problemlagen und verdeutlichen zugleich den dringenden Bedarf an weiterführender Forschung.

⁶ Wir danken Kathleen Kennedy-Turner, Carolyn Côté-Lussier und Denise Helly herzlich für die Bereitstellung des Fragebogens sowie für die Erlaubnis zur Anpassung für diese Studie. Der vollständige Fragebogen ist aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht im Anhang enthalten; auf Anfrage kann jedoch der vom Forschungsteam dieser Studie angepasste Fragebogen bereitgestellt werden.

Langfristig ist es ein zentrales Anliegen der Autor*innen, mit größeren Stichproben, erweiterten methodischen Zugängen und in Kooperation mit Partner*innen umfangreiche Studien zum österreichischen Kontext umzusetzen. Angesichts der bisherigen Forschungslücken im Bereich Rassismus und Gesundheit in Österreich (Saad, 2025) erscheint es dabei ausschlaggebend, dass zukünftige Erhebungen rassismuskritisch, intersektional (u.a. Crenshaw, 1991) und machtreflexiv konzipiert werden und strukturelle Ausschlüsse nicht reproduzieren, sondern gezielt adressieren.

Eine an der Umfrage teilnehmende Person hinterlässt folgende Gedanken:

„Danke, dass Ihr das macht, es muss in mehr Bereichen befragt werden, weil Diskriminierung in dem Gesundheitsbereich eine Art von 'Silent Killer' sein kann. Misdiagnose ist tödlich.“

4. Datenanalyse: (Antimuslimischer) Rassismus im Gesundheitssystem

Die folgende Analyse basiert auf den Antworten von $n = 45$ muslimischen und muslimisch gelesenen Personen in Österreich. Ziel ist es nicht, statistische Repräsentativität zu behaupten, sondern strukturelle Muster, wiederkehrende Erfahrungen und institutionelle Logiken antimuslimischer Diskriminierung im Gesundheitswesen erkennbar zu machen. Die Ergebnisse zeigen in nahezu allen abgefragten Bereichen eine hohe Dichte an Belastung, Unsicherheit und systematischem Ausschluss. (Antimuslimischer) Rassismus erscheint dabei nicht als Ausnahme, sondern als normalisierte Erfahrung innerhalb medizinischer Versorgungsstrukturen.

4.1 Soziodemografische Verteilung und Selbst- und Gruppenidentifikation

Ein Großteil der Befragten lebt in Wien (62,2 %), gefolgt von der Steiermark (24,4 %), Tirol (6,7 %) sowie Oberösterreich, Niederösterreich und Vorarlberg (je 2,2 %). Diese geografische Verteilung ist entscheidend für die Interpretation der Daten: Die Umfrage wurde maßgeblich über die Dokustelle Österreich verbreitet, deren Kooperationspartner*innen und Social-Media-Community überwiegend in Wien lebend und aktiv sind. Daraus ergibt sich, dass die Daten stark urban-zentriert sind. Zudem lässt sich erkennen, dass Diskriminierungserfahrungen demnach nicht primär in ruralen, potentiell unterversorgten Regionen auftreten, sondern auch gerade dort, wo eine vergleichsweise höhere Dichte an medizinischen Einrichtungen besteht.

Die Ergebnisse widersprechen somit implizite Annahmen, wonach Diskriminierung vor allem auf Ressourcenknappheit oder ein Urban-Rural-Gap⁷ zurückzuführen sei. Vielmehr deuten sie darauf hin, dass antimuslimischer Rassismus institutionell eingebettet ist und in hochfrequentierten, urbanen Versorgungskontexten wirksam wird.

Vor allem jüngere Personen haben an der Befragung teilgenommen: 40 % der Befragten sind zwischen 18 und 30 Jahre alt und 42,5 % zwischen 31 und 44 Jahre. Ältere Altersgruppen über 45 Jahre machen zusammen 15,5 % aus. Gleichzeitig ist diese Altersverteilung auch vor dem Hintergrund der Erhebungsmethode zu betrachten: Die Umfrage wurde online durchgeführt und primär über soziale Medien verbreitet. Dies kann dazu beigetragen haben, dass primär jüngere Personen erreicht wurden, während Menschen über 45 Jahre einen anderen Zugang zur Umfrage benötigen würden. Die geringere Beteiligung älterer Altersgruppen ist daher nicht ausschließlich als geringere Betroffenheit von Diskriminierung zu interpretieren, sondern auch als Ergebnis der gewählten Zugangswege zur Befragung.

Bezüglich Gender zeigt sich, dass Frauen mit 80 % den größten Anteil der Befragten ausmachen, Männer 20 %. Diese Verteilung könnte darauf hinweisen, dass intersektional betrachtet Frauen häufig von Mehrfachdiskriminierungen betroffen sind. Zudem ist darauf zu schließen, dass die Sichtbarkeit eine Rolle spielt, etwa durch Kopftuch, wenn dies zutrifft, Schwangerschaft, gynäkologische Versorgung oder strukturelle Barrieren bei Patientinnen. Ähnliche Erfahrungen lassen sich auch bei Personen beobachten, die im Gesundheitssystem tätig sind, sodass Diskriminierung nicht nur Patientinnen, sondern auch Praktikerinnen betreffen kann.

Die Mehrheit der Befragten identifiziert sich primär als Patient*innen (77,8 %), gefolgt 20 % Personal im Gesundheitssystem, wie Ärzt*innen, Pflegepersonal, aber auch administratives Personal und weitere. 2% der Befragten gaben keine Angaben.

In Bezug auf Rassismus gaben über die Hälfte der Befragten an, sich als „österreichisch mit Migrationshintergrund“ (55,6%) zu identifizieren. Als BPoC identifizierten sich 35,5 % der Befragten. 22,2 % fühlen sich jeweils der arabischen oder türkischen Herkunft zugehörig und 2,2 % einer Asiatischen.

Die soziodemografischen Daten liefern damit den Kontext, um die folgenden Erfahrungen einzuordnen: Diskriminierung ist nicht auf bestimmte Regionen, Altersgruppen oder Gender beschränkt, sondern wirkt übergreifend und kumulativ.

⁷ Ein „Urban-Rural-Gap“ bezeichnet Unterschiede zwischen städtischen und ländlichen Regionen bei Gesundheit, Versorgung und Zugängen zu sozialen, ökonomischen und politischen Ressourcen. beschreibt strukturelle Unterschiede unter anderem auch in Bezug auf Zugänge zu Gesundheitsversorgung, Bildungsangeboten oder Fortbildungen zu rassismuskritischer Praxis.

4.2 Strukturelle Diskriminierung und Alltagserfahrungen

Rassistische Diskriminierung wird von den Befragten nicht als singuläres Ereignis, sondern als wiederkehrende, strukturierte Erfahrung beschrieben. Besonders gravierend ist der Bereich des Nicht-Ernstgenommen-Werdens medizinischer Beschwerden.

64,4 % der Befragten geben an, dass ihre Schmerzen oder Symptome nicht ernst genommen wurden; weitere 13,3 % berichten, dass sie nur teilweise ernst genommen wurden. Damit erlebt eine überwältigende Mehrheit eine Form epistemischer Gewalt, bei der das Wissen über den eigenen Körper abgesprochen und entwertet wird.

Neben diesem zentralen Muster zeigen sich weitere Formen von Diskriminierung. Über ein Viertel der Befragten (26,7 %) beschreibt abwertende Kommunikation, fehlende Aufklärung, Zeitdruck oder andere negative Erfahrungen in der Behandlung. Sexualisierte Grenzverletzungen werden von 11,1 % berichtet. Die qualitative Auswertung verdeutlicht, dass die Diskriminierung häufig subtil und gehäuft wirkt: Blicke, Tonfall, lange Wartezeiten trotz Terminvereinbarung oder das Nicht-Ausstellen von Krankschreibungen tragen zur Belastung bei.

Beispielhaft schildert eine Befragte, dass ihre Kopfschmerzen vom Arzt auf das Kopftuch zurückgeführt wurde, obwohl andere Patient*innen ähnliche Symptome hatten. Eine andere berichtet, dass ein Notarzt ihr Baby nicht untersuchen wollte, wodurch Lebensgefahr bestand und dass die Beschwerde beim Gesundheitsamt keine Konsequenzen nach sich zog. Solche Erfahrungen zeigen, dass Diskriminierung nicht nur kommunikativ, sondern auch institutionell und körperlich wirksam wird.

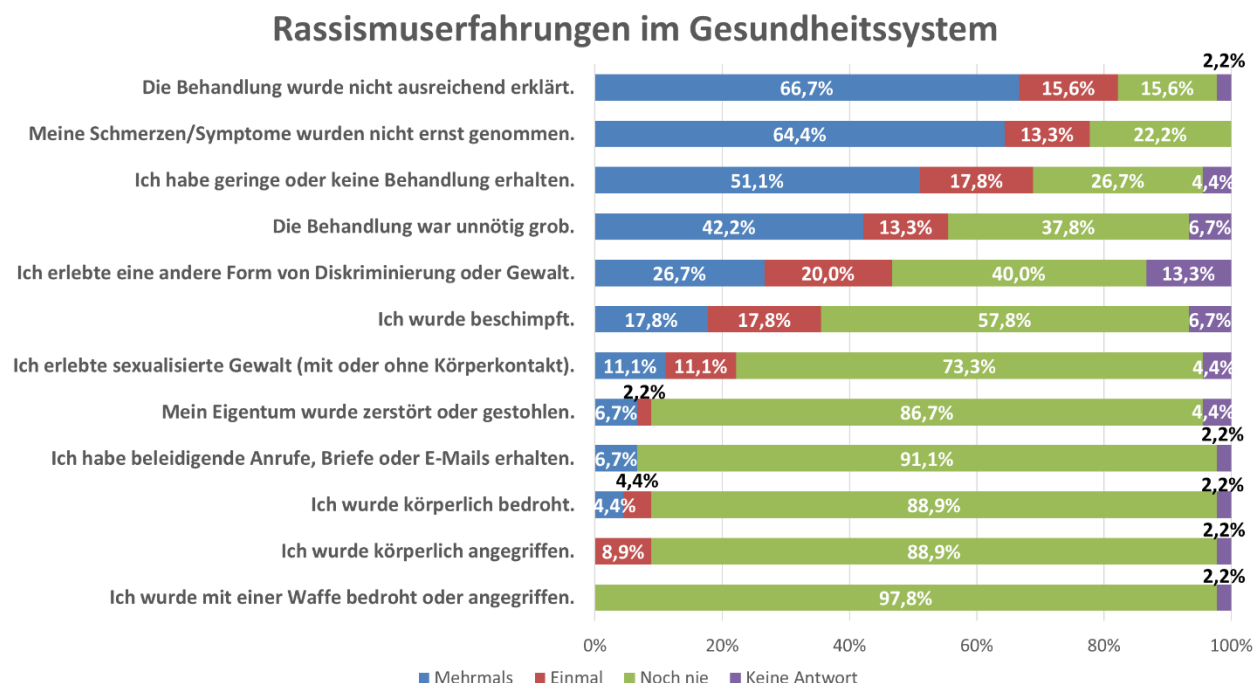


Abbildung 1: Rassismuserfahrungen im Gesundheitssystem

4.3 Sichtbare muslimische Identität als Faktor für Diskriminierung

Die Daten zeigen, dass für viele Befragte die sichtbare muslimische Identität ein zentraler Faktor für Diskriminierungserfahrungen ist. Auf die Frage, ob sie als Muslim*in sichtbar oder erkennbar sind, antworteten 57,8 % mit „Ja“. Weitere 37,8 % gaben an, Muslim*in zu sein, aber nicht als solche sichtbar wahrgenommen zu werden. Nur 2,2 % gaben an, keine muslimische Identität zu haben, und ebenfalls 2,2 % machten keine Angabe.

Unter den 26 Personen, die sich als sichtbar Muslim*in einschätzen, berichteten 76,9 %, dass sie aufgrund dieser Sichtbarkeit aggressivem oder gewalttätigem Verhalten ausgesetzt waren. Nur 23,1 % gaben an, solche Erfahrungen nicht gemacht zu haben. Diese Zahlen verdeutlichen, dass sichtbare muslimische Identität die Wahrscheinlichkeit von Diskriminierung und Gewalt im Gesundheitskontext erheblich erhöht.

Darüber hinaus zeigt die Befragung, welche Ausdrucksformen muslimischer Identität getragen werden. 65,4 % der Befragten gaben an, einen islamischen Schleier (Hijab, Niqab) zu tragen. 30,8 % gaben an, keine sichtbaren religiösen Kleidungsformen zu tragen. Von 3,8 % der Befragten wurde angegeben, dass sie traditionelle männliche Kopfbedeckungen tragen.

Die Kombination dieser Ergebnisse zeigt ein deutliches Muster: Sichtbare muslimische Identität, insbesondere Kopfbedeckungen, vor allem jene, die von Frauen getragen werden, oder andere religiöse Kleidung, ist ein zentraler Faktor für Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitssystem. Personen, die sichtbar muslimisch sind, erleben häufiger aggressive Handlungen, herablassende Kommunikation oder systemische Benachteiligung. Gleichzeitig ist zu beachten, dass auch muslimische Personen, die ihre Identität nicht sichtbar tragen, nicht vollständig von Diskriminierung verschont bleiben – sie sind jedoch in der Regel weniger häufig von expliziter Gewalt betroffen.

Insgesamt verdeutlichen diese Ergebnisse, dass sichtbare muslimische Identität als Trigger für institutionelle und zwischenmenschliche Diskriminierung wirkt, was wiederum das Vertrauen in medizinische Einrichtungen untergräbt und die Inanspruchnahme von Versorgung erschwert.

4.4 Formen und Mechanismen des (antimuslimischen) Rassismus

Die Analyse der qualitativen Daten erlaubt die Identifikation mehrerer, sich teilweise überlappender Formen antimuslimischer Diskriminierung:

- Epistemische Gewalt: Beschwerden und Symptome werden nicht medizinisch ernst genommen, sondern auf Religion, Herkunft oder Kleidung zurückgeführt.

- (Mikro-⁸) Aggressionen: Subtile Signale wie herablassende Blicke, unfreundlicher Tonfall oder bewusst lange Wartezeiten.
- Kulturalisierende Zuschreibungen: Ärzt*innen erklären körperliche oder psychische Symptome durch kulturelle Faktoren („Ihr Kopfschmerz kommt vom Kopftuch“).
- Institutionelle Diskriminierung: Benachteiligungen bei Terminvergaben, Krankschreibungen oder Praktikumsbewertungen.
- Herabwürdigendes und gesundheitsschädigendes Verhalten: Direkte Beleidigungen, Ablehnung der Versorgung oder Vernachlässigung bei Notfällen.

Diese Formen treten oft gleichzeitig auf und verstärken einander, wodurch Betroffene die medizinische Versorgung als belastend und unsicher erleben.

4.5 Gewalt, unangemessene Behandlung und Grenzverletzungen

Die Befragten wurden gefragt, wie häufig sie bestimmte Situationen erlebt haben, weil sie als BPoC oder als Muslim*in wahrgenommen wurden. Die Daten zeigen, dass physische Gewalt oder direkte Bedrohung selten vorkommen, strukturelle und kommunikative Formen von Gewalt und Benachteiligung jedoch weit verbreitet sind.

So geben 88,9 % aller Befragten an, noch nie körperlich attackiert worden zu sein, im Vergleich dazu 8,9 % einmal. 8,8 % berichten über mehrmaliger bis einmaliger körperlicher Bedrohungen (siehe Abbildung 1, S.13). Diese Zahlen verdeutlichen zwar, dass direkte physische Gewalt im Gesundheitskontext seltener auftritt, jedoch betrachtet auf der Größe der Stichprobe, handelt es sich hierbei dennoch um besorgniserregende Zahlen.

Dem gegenüber dominieren subtilere Formen der Diskriminierung im österreichischen Gesundheitssystem. So erleben die Befragten deutlich häufiger verbale, institutionelle oder psychische Gewalt. 35,6 % wurden einmal oder mehrfach beschimpft. Über ein Drittel der Befragten hat beleidigende Kommunikation in verschiedenen Formen erfahren, wie etwa beleidigende Anrufe, Briefe oder E-Mails (6,7 %). Andere Formen von Diskriminierung, die nicht in den standardisierten Fragen abgebildet wurden, werden von 46,7 % (mehrmals oder einmal) genannt.

Auf die Frage nach Erfahrung mit unangemessener Behandlung durch medizinisches Personal geben 68,9 % an, öfters oder einmal nur geringe oder gar keine Behandlung erhalten

⁸ Der Begriff Mikroaggressionen ist kritisch zu betrachten, da die Kennzeichnung als „subtil“ oder „mikro“ häufig impliziert, dass die Wirkung marginal sei. Dies übersieht, dass solche Handlungen oder Aussagen oft vor allem für jene erkennbar sind, die nicht vom entsprechenden Diskriminierungsprivileg betroffen sind, z. B. in Bezug auf Rassismus. Gleichzeitig können scheinbar kleine oder subtile Aggressionen kumulativ zu erheblichen psychischen und sozialen Belastungen führen, wodurch ihr Einfluss weit über das einzelne Ereignis hinausgeht.

zu haben. Die Behandlung wurde von 55,5 % mehrfach oder einmalig als unnötig grob empfunden (siehe Abbildung 1, S.13).

Besonders gravierend ist die Erfahrung, dass medizinische Beschwerden nicht ernst genommen werden: 64,4 % geben an, dies mehrmals erlebt zu haben und 13,3 % einmal. Gleichzeitig berichten 66,7 % der Befragten, dass die Behandlung in mehreren Fällen nicht ausreichend erklärt wurde (siehe Abbildung 1, S.13).

Diese quantitativen Ergebnisse werden durch die qualitativen Angaben der Befragten ergänzt, die eindrücklich verdeutlichen, wie Diskriminierung im Alltag des Gesundheitswesens wirkt:

- Ärzt*innen und Praxispersonal stellen Fragen oder Kommentare, die rassistische Zuschreibungen enthalten, etwa: „Sind Ihre Eltern streng?“ oder „Sind Sie geflüchtet?“
- Symptome werden kulturell oder religiös interpretiert: Kopfschmerzen werden dem Kopftuch zugeschrieben, Hitzewallungen werden auf Kleidung statt auf medizinische Ursachen zurückgeführt.
- Alltägliche (Mikro)Aggressionen treten auf: herablassende Blicke, ignorierende Verhaltensweisen oder unzureichende Untersuchungen.
- Praktische Diskriminierung zeigt sich auch in organisatorischen Strukturen: Patient*innen werden nicht zum Arzt vorgelassen, Termine werden nicht eingehalten, Krankschreibungen nur eingeschränkt ausgestellt.
- In akuten Notfällen kann dies lebensbedrohliche Folgen haben: Eine Befragte berichtet, dass der Notarzt ihr Baby zunächst nicht untersuchen wollte, was eine lebensgefährliche Situation verursachte.

Weitere Beispiele verdeutlichen die Bandbreite an Diskriminierung:

„Aufgrund einer unter die Haut eingesetztes medizinisches Stück habe ich eine ärztliche Bestätigung benötigt, um im Flughafen nicht durch die Scan-Türen gehen zu müssen. Der Arzt fragte daraufhin, ob sie dann glauben, dass ich eine Terroristin bin“

„Mit meinem ausländischen arabischen Vater bei einem Arzttermin, wo dann separat von der Assistentin gefragt und vermerkt wurde, ob das mein Mann wäre - ich war da ungefähr 16 oder 17, und das wusste sie anhand meiner E-card ja auch :D.“

„Man wird bei Untersuchungen nicht genau angeschaut, abgehört oder untersucht, weil der Arzt denkt, man darf nicht berührt werden ...“

„Man wird mir anderen Blicken angesehen, obwohl man auch für dieses System arbeitet und dann nicht ausreichend untersucht, oder es wird keine gute Behandlung verschrieben.“

„Mehrere Male von Sekretärin vom Arzt beschimpft, nicht zum Arzt hineingelassen worden, verarscht, bei starken Symptomen oft durch Sekretärin nicht zum Arzt drangenommen, lange Wartezeiten, obwohl Terminvereinbarung war, trotz Öffnungszeiten nicht drangenommen, oft Krankenstand nicht ausgestellt oder nur für 1 Tag.“

„Notarzt wollte kein Baby untersuchen. Wir wurden beschimpft. Baby konnte sterben. Wurde in letzter Minute auf Klinikum gerettet (Meningokokken). Auf unsere Beschwerde zu Gesundheitsamt: Wir bekommen Entschuldigung und Zusage, dass Amt steht zu Notarzt Seite.“

„Rassistische Sprüche wie z.B. „ich würde nicht gut hören, nur weil ich ein Kopftuch trage und dieser Schall dimmen würde.“

Die Zusammenführung von quantitativen und qualitativen Daten zeigt deutlich, dass physische Gewalt im Gesundheitssystem eher die Ausnahme, strukturelle Diskriminierung, unangemessene Behandlung, Mikroaggressionen und verbale Gewalt jedoch regelmäßig vorkommen. Diese Erfahrungen treten gehäuft auf, untergraben das Vertrauen in medizinische Einrichtungen und können dazu führen, dass Betroffene medizinische Hilfe nur verzögert oder unter großer psychischer Belastung in Anspruch nehmen.

Auch wenn direkte Gewalt seltener ist, zeigt sich ein klares Muster: Muslimische und BPoC-Patient*innen sind häufiger von institutioneller und kommunikativer Gewalt betroffen. Die Daten verdeutlichen, dass Rassismus im Gesundheitswesen nicht nur auf persönlicher Ebene wirkt, sondern strukturell eingebettet ist – sei es durch fehlende Empathie, vorschnelle Zuschreibungen oder diskriminierende organisatorische Praktiken.

4.6. Auswirkungen auf Vertrauen und Inanspruchnahme von Versorgung

Ein zentrales Analyseergebnis ist der massive Vertrauensverlust gegenüber medizinischen Institutionen (60 %). Viele Befragte berichten, dass sie Ärzt*innen wechseln (48,9 %), Ordinationen meiden oder medizinische Hilfe erst dann aufsuchen, wenn es nicht mehr anders geht (11,1 %). 11,1 % des befragten Gesundheitspersonal gab an, aufgrund der Erfahrungen den Arbeitsort oder sogar den Beruf gewechselt zu haben.

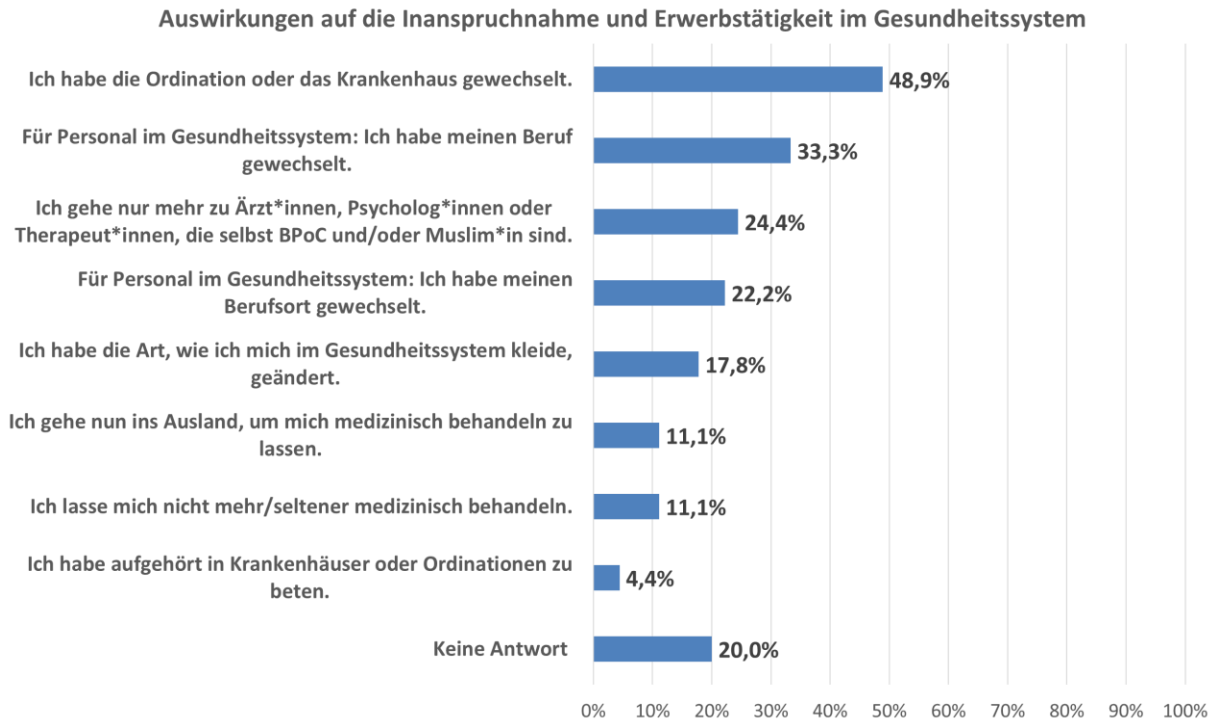


Abbildung 2: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme und Erwerbstätigkeit im Gesundheitssystem

Dieses Verhalten ist nicht als individuelles Misstrauen, sondern als rationale Schutzstrategie vor wiederholter struktureller Verletzung zu verstehen. Parallel dazu zeigen die Daten deutlich erhöhte Stresswerte im Zusammenhang mit Arztbesuchen: Mehrere Items weisen über 70 % Zustimmung zu Aussagen auf, die medizinische Termine als emotional belastend, angstbesetzt oder stressauslösend beschreiben.

Eine an der Umfrage teilnehmende Person formuliert:

„Ich bereite mich jetzt automatisch mental auf den Besuch beim Arzt bzw. im Krankenhaus vor.“

Eine weitere Person schreibt:

„Ich lasse mich viel seltener behandeln, obwohl ich eigentlich medizinische Hilfe benötige.“

4.7 Meldeverhalten, institutionelles Schweigen und mangelnde Konsequenzen

Obwohl Diskriminierung häufig erlebt wird, meldete ca. nur ein Drittel der Befragten auch die Vorfälle (35,6 %). Nur 4,4 % wendeten sich an die Gleichbehandlungs- oder Patientenanwaltschaften, 15,6 % direkt bei einer Stelle im Krankenhaus oder Ordination sowie 15,6 % bei externen Beratungsstellen. Die Mehrheit nennt fehlendes Vertrauen (51,7 %), mangelndes Wissen über Beschwerdemöglichkeiten (27,6 %) sowie Angst vor Konsequenzen (6,9 %) oder Unsicherheit über Meldepflicht (6,9 %) als Gründe, Vorfälle nicht zu melden.

Auch bei Meldungen zeigen sich strukturelle Defizite: 40 % derjenigen, die sich beschwerten, waren mit der Unterstützung unzufrieden. Gründe sind u.a. fehlende Konsequenzen für Täter*innen, Abwertung der eigenen Erfahrung und mangelnde Nachverfolgung.

Eine an der Umfrage teilnehmende Person formuliert:

„Man kann eh nix machen außer Melden und dann passiert halt eh nix.“

Diese Zahlen machen deutlich: Diskriminierung bleibt häufig folgenlos, weil institutionelle Strukturen nicht ausreichend bis hin zu gar keinen Schutz bieten.

5. Gesundheitliche Auswirkungen von Rassismus

Rassismus wirkt direkt auf die Gesundheit. Die Befragten berichten über:

- Erhöhten Stress vor Ärzt*innenbesuchen
- Vermeidung medizinischer Versorgung
- Verschlechterung psychischer Gesundheit
- Gefühle von Ohnmacht und Entwürdigung

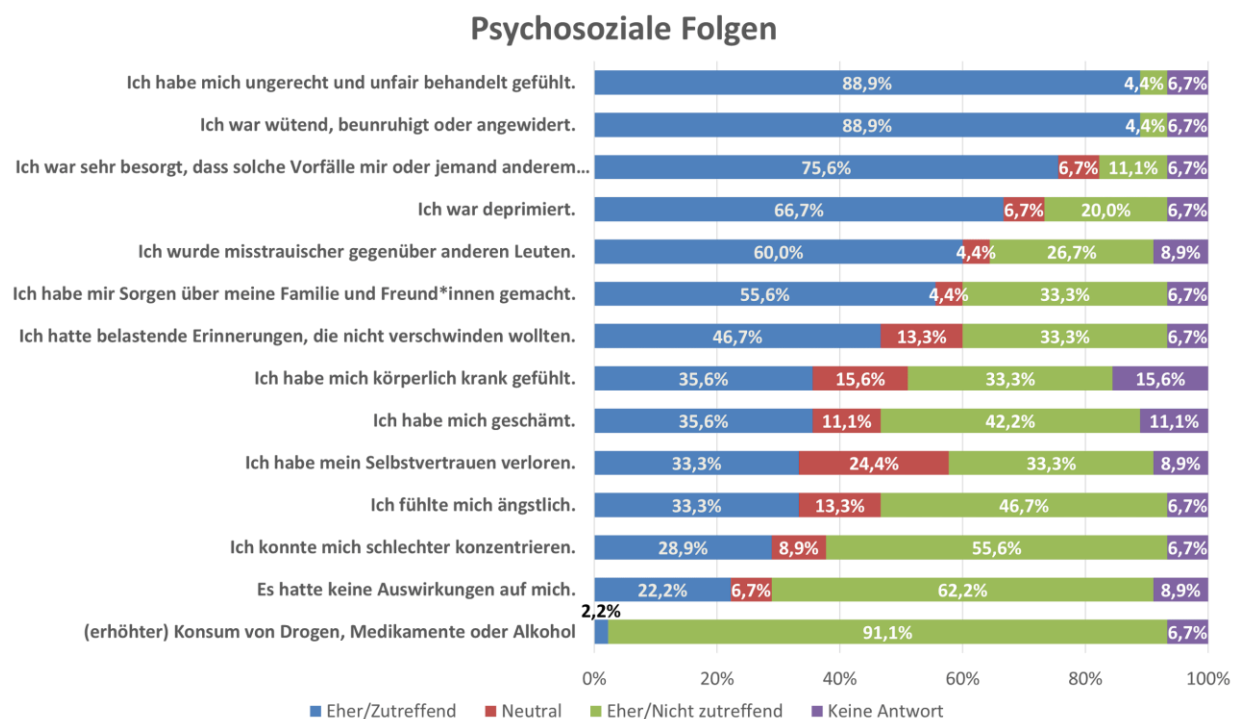


Abbildung 3: Psychosoziale Folgen

Antimuslimischer Rassismus wird nicht nur erlebt, sondern verkörpert. Fanons (1986) Analyse zu sogenannter epidermaler Rassifizierung ‚racial epidermal schema‘ (Fanon, 1986, 112) findet hier Bezug auf gegenwärtige Bedingungen im österreichischen Gesundheitssystem.

Rassismus wirkt direkt und indirekt auf die Gesundheit. Die Befragten berichten von psychosomatischen Symptomen, Angstzuständen und Vermeidungsverhalten. In Menakems (2017) Worten: Der Körper speichert Erfahrung. Aussagen wie die folgende verdeutlichen dies: „Ich bereite mich jetzt automatisch mental auf den Besuch beim Arzt bzw. im Krankenhaus vor.“ Diese dauerhafte Belastung erhöht langfristig das Risiko für chronische Erkrankungen und verschärft gesundheitliche Ungerechtigkeit.

6. Handlungsempfehlungen

Die vorliegenden Analysen zeigen deutlich, dass antimuslimischer Rassismus im österreichischen Gesundheitssystem kein Einzelfall, sondern ein strukturelles Problem mit erheblichen gesundheitlichen Folgen ist. Die folgenden Handlungsempfehlungen sind daher eine notwendige Konsequenz aus den dokumentierten Erfahrungen von Diskriminierung, Entwürdigung und institutionellem Versagen.

Die Empfehlungen richten sich bewusst an unterschiedliche Ebenen des Gesundheitssystems: an Akteur*innen im medizinischen Alltag, an politische und institutionelle Entscheidungsträger*innen sowie an direkt von Rassismus betroffene Personen. Diese Differenzierung trägt der Tatsache Rechnung, dass rassistische Ausschlüsse nicht isoliert entstehen, sondern durch das Zusammenspiel individueller Praxis, institutioneller Rahmenbedingungen und gesellschaftlicher Machtverhältnisse wirken.

Ziel dieses Kapitels ist es, Verantwortlichkeiten sichtbar zu machen und konkrete Ansatzpunkte für Veränderung aufzuzeigen. Die Empfehlungen basieren auf dem Erfahrungswissen Betroffener und wissenschaftlichen Erkenntnissen zu Rassismus als soziale Determinanten von Gesundheit. Sie verstehen sich als Beitrag zu einer nachhaltigen Transformation hin zu einem Gesundheitssystem, das Schutz, Würde und Sicherheit für alle gewährleistet. Eine an der Umfrage teilnehmende Person meint oder äußert:

„Es muss eine strukturelle Veränderung vorangetrieben werden.“

6.1 Für Akteur*innen im Gesundheitswesen

Akteur*innen im Gesundheitswesen werden hier bewusst direkt adressiert, da sie das Gesundheitssystem nicht nur repräsentieren, sondern es im täglichen Handeln aktiv herstellen. Ärzt*innen, Pflegekräfte, Therapeut*innen, Verwaltungsmitarbeitende und Leitungspersonen sind Teil institutioneller Strukturen – und zugleich zentrale Akteur*innen möglicher Veränderung. Die vorliegenden Daten zeigen, dass Diskriminierung häufig nicht in Form offener Ablehnung, sondern subtil, implizit und routiniert geschieht. Genau deshalb ist individuelle wie kollektive Verantwortungsübernahme entscheidend. Rassismuskritische Praxis ist keine persönliche Haltung, sondern Teil professioneller Sorgfaltspflicht. Nachhaltige Transformation im Gesundheitswesen kann nur gelingen, wenn jene, die täglich mit Patient*innen arbeiten, Machtasymmetrien reflektieren, strukturelle Ausschlüsse erkennen und aktiv zu deren Abbau beitragen.

Verpflichtende rassismuskritische Fort- und Weiterbildungen

Die Daten zeigen, dass Diskriminierung häufig subtil, implizit und im Kommunikationsverhalten stattfindet. Viele Befragte berichten davon, dass ihre Beschwerden relativiert oder kulturell

erklärt wurden. Verbindliche Fortbildungen müssen daher über „kultursensible Kompetenz“ hinausgehen und Machtverhältnisse, antimuslimischen Rassismus, implizite Vorannahmen sowie institutionelle Verantwortung thematisieren. Ziel ist die Sensibilisierung dafür, wie medizinisches Wissen und Entscheidungsprozesse rassistisch verzerrt sein können.

Reform der Aus- und Weiterbildung im Gesundheitsbereich

Antimuslimischer Rassismus darf nicht erst im Berufsalltag thematisiert werden. Ausbildungspläne müssen rassismuskritische, postkoloniale und machtsensible Inhalte verpflichtend einbetten. Die wiederkehrenden Muster in den Daten legen nahe, dass aktuelle Ausbildungsstrukturen unzureichend sind.

Reflexion von Machtasymmetrien in der Patient*innen-Beziehung

Ein zentrales Ergebnis der Befragung ist das Gefühl von Ohnmacht und Abhängigkeit im medizinischen Setting. Gesundheitsberufe müssen aktiv anerkennen, dass medizinische Autorität mit gesellschaftlicher Macht verschränkt ist. Dies erfordert eine Praxis, die Zuhören, Transparenz und gemeinsame Entscheidungsfindung stärkt und Patient*innen nicht als „schwierig“ oder „kompliziert“ markiert.

Anerkennung von Rassismus als Gesundheitsrisiko

Die Daten belegen erhöhte Stress- und Belastungswerte im Zusammenhang mit Arztbesuchen. Rassismus muss daher explizit als sozialer Determinante von Gesundheit verstanden werden. Dies bedeutet, dass psychosoziale Belastungen ernst genommen, dokumentiert und – wo notwendig – weitervermittelt werden. Eine solche Anerkennung kann dazu beitragen, Vermeidungsverhalten und gesundheitliche Verschlechterungen zu reduzieren.

Etablierung niedrigschwelliger und unabhängiger Beschwerdestrukturen

Ein Großteil der Befragten meldet Diskriminierungserfahrungen nicht. Als Gründe werden Angst vor Konsequenzen, fehlende Zuständigkeiten und mangelndes Vertrauen genannt. Krankenhäuser und Ordinationen müssen transparente, mehrsprachige und unabhängige Beschwerdemechanismen schaffen, die Schutz bieten und tatsächliche Konsequenzen nach sich ziehen.

Eine an der Umfrage teilnehmende Person hält fest:

*„Konsequenzen? Also Ärzt*innen passiert ja nichts, wenn ich was melde auch wenn gewaltvoll wegen Mangel [...].“*

Die Person ergänzt zudem:

„Ordinationen laufen extrem gut, obwohl sie online 1 von 5 Gesamtbewertung haben also warum sollte es die jucken.“

6.2 Für Politik und Institutionen

Diskriminierung im Gesundheitswesen ist kein Zufallsprodukt individueller Fehlhaltungen, sondern Ausdruck politischer Entscheidungen, institutioneller Prioritätensetzungen und struktureller Leerstelle. Politik und staatliche Institutionen tragen daher eine zentrale Verantwortung für die Bedingungen, unter denen die Gesundheitsversorgung stattfindet. Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen, dass ohne klare gesetzliche Rahmenbedingungen, verbindliche Standards und systematische Erfassung rassistischer Erfahrungen strukturelle Gewalt unsichtbar bleibt und fortwirkt. Antimuslimischer Rassismus kann nicht durch freiwillige Initiativen einzelner Einrichtungen bearbeitet werden, sondern erfordert politische Steuerung, Ressourcen und institutionelle Verankerung. Gesundheitspolitik ist auch Gesellschaftspolitik, und damit ein zentraler Hebel für Gerechtigkeit oder deren Verwehrung.

Eine an der Umfrage teilnehmende Person hält fest:

„Politischer Diskurs muss sich ändern.“

Systematische Erfassung von antimuslimischem Rassismus im Gesundheitswesen

Dass antimuslimischer Rassismus für manche nicht erkennbar ist, trägt zu seiner Reproduktion bei. Politische Akteur*innen müssen Strukturen schaffen, worin Diskriminierungserfahrungen systematisch in Gesundheitsberichterstattung, Qualitätssicherung und Patient*innenbefragungen einbetten. Die vorliegenden Daten zeigen, dass ohne gezielte Erhebung strukturelle Gewalt unsichtbar bleibt.

Verankerung von Antidiskriminierung als Qualitätskriterium

Antidiskriminierung darf kein freiwilliges Zusatzthema sein. Auf Basis der erhobenen Erfahrungen sollte diskriminierungssensible Praxis als verpflichtendes Qualitätsmerkmal in Gesundheitseinrichtungen festgeschrieben werden. Dies umfasst klare Standards, Monitoring sowie Sanktionen bei Verstößen.

Finanzierung community-basierter Gesundheits- und Beratungsangebote

Die Daten zeigen ein hohes Maß an Misstrauen gegenüber Institutionen. Community-basierte Angebote können Vertrauen aufbauen, Wissen vermitteln und Brücken ins Gesundheitssystem

schlagen. Ihre Finanzierung ist eine politische Verantwortung und ein zentraler Baustein zur Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit sowie Ungerechtigkeit.

6.3 Für direkt Betroffene

An alle da draußen, die direkt von Rassismus im Gesundheitswesen im weitesten Sinne betroffen waren und sind: Ihr seid für uns, die Autor*innen, die wichtigsten Akteur*innen und wir hoffen sehr, dass ihr euch durch diese Studie weitestgehend vertreten fühlt. Wir hoffen, die Akteur*innen, die wir oben direkt adressieren und an die wir diesen Appell richten, verstehen, dass ihr die wichtigsten Träger*innen von Wissen und Veränderung seid.

Die Daten zeigen, dass manche Betroffene Diskriminierung individualisieren, schweigend ertragen oder vermeiden, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen, nicht aus Mangel an Resilienz, sondern aufgrund struktureller Ohnmacht (auch im Sinne von ‚racial battle fatigue‘ (Smith et al, 2016).

Vor diesem Hintergrund sind Selbstorganisation, Vernetzung und der Zugang zu rassismussensiblen, traumasensiblen Räumen essentiell. Gleichzeitig muss Erfahrungswissen als Expertise anerkannt werden: Die Perspektiven Betroffener sind kein „subjektiver Zusatz“, sondern unverzichtbar für die Entwicklung gerechter, wirksamer und würdevoller Gesundheitsversorgung sowohl für Patient*innen als auch für Praktiker*innen. Das alles ist dabei jedoch keineswegs Ersatz für institutionelle Verantwortung, sondern eine notwendige Ergänzung im Kampf gegen strukturelle Gewalt.

Stärkung kollektiver Selbstorganisation und Vernetzung

Die Befragung macht deutlich, dass viele Betroffene Diskriminierung individualisieren oder schweigend ertragen. Kollektive Selbstorganisation kann Erfahrungen politisieren, Wissen teilen und Handlungsspielräume erweitern. Solche Zusammenschlüsse sind keine Ergänzung, sondern eine notwendige Antwort auf strukturelle Gewalt. Mit „Stärkung“ ist dabei gemeint, dass sie sowohl finanzielle als auch emotionale Unterstützung benötigen, z. B. durch Förderungen, Ressourcenbereitstellung oder solidarische Vernetzung innerhalb der Zivilgesellschaft. Diese solidarischen Praktiken ermöglichen es, Betroffene zu vernetzen, Handlungsspielräume zu erweitern und gemeinsam gegen Diskriminierung vorzugehen.

Zugang zu empowernden und traumasensiblen Angeboten

Angesichts der berichteten Stress- und Angstreaktionen braucht es gezielte psychosoziale Angebote, die Rassismus explizit mitdenken. Empowernde Räume können helfen, die somatischen und psychischen Folgen rassistischer Erfahrungen zu bearbeiten.

Anerkennung von Erfahrungswissen als Expertise

Die Daten selbst sind Ausdruck von Expertise. Direkt Betroffene müssen als Wissensproduzent*innen ernst genommen und in politische Prozesse einbezogen werden. Erfahrungswissen ist kein subjektiver Zusatz, sondern eine zentrale Ressource für gerechte Gesundheitsversorgung.

7. Fazit

Diese Studie zeigt deutlich: Antimuslimischer Rassismus sowie weitere Formen von Rassismus sind keine randständigen oder individuellen Probleme, sondern ein strukturelles, institutionell verankertes und gesundheitlich belastendes Phänomen im österreichischen Gesundheitssystem. Die vorliegenden empirischen Daten, eingebettet in einen rassismus-, macht- und gesundheitstheoretischen Rahmen, machen sichtbar, dass medizinische Räume für viele muslimische Patient*innen oder als muslimisch gelesene Personen keine sicheren Orte der Fürsorge, sondern vielmehr Orte von Stress, Misstrauen, Entwürdigung und struktureller Gewalt sind.

Die Ergebnisse der quantitativen Befragung und die Analyse der offenen Antworten verdeutlichen, dass Diskriminierung im Gesundheitswesen nicht als Ausnahme erlebt wird, sondern als wiederkehrendes Muster: Nicht-Ernstgenommen-Werden, kulturalisierende Zuschreibungen, implizites Misstrauen, Grenzverletzungen und institutionelles Schweigen prägen die Erfahrungen vieler Befragter. Diese Formen von Gewalt sind in ihrer kumulativen Wirkung tiefgreifend. Sie wirken sich nicht nur auf das subjektive Wohlbefinden aus, sondern auf konkrete gesundheitliche Outcomes, das Vertrauen in medizinische Institutionen und die Inanspruchnahme von Versorgung.

Im Anschluss an Carter (2007; 2017a; 2017b), Lerch (2019), Saad (2022), Saad & Taheri-Maynard (2021), Saad (2025), Adeifio Gosteli & Türe (2025), Smith et al. (2016), Menakem (2017), Kilomba (2010), Yeboah (2017) und weitere rassismuskritische Gesundheitsforschung lässt sich festhalten: Rassismus wirkt biologisch, psychisch und sozial. Er aktiviert Stressreaktionen, wird im Körper gespeichert, verstärkt bestehende Ungleichheiten und trägt langfristig zur Entstehung chronischer Erkrankungen bei. Antimuslimischer Rassismus ist damit nicht nur eine Frage von Diskriminierung, sondern eine Public-Health-Problematik. Gesundheit ist in diesem Sinne untrennbar mit Machtverhältnissen, historischer Gewalt und gesellschaftlicher Zugehörigkeit verbunden.

Besonders bedeutsam ist die Erkenntnis, dass viele Betroffene Diskriminierung nicht melden. Dieses institutionelle Schweigen ist kein Ausdruck fehlender Relevanz, sondern ein Hinweis auf mangelnde Schutz-, Beschwerde- und Verantwortungsstrukturen. Wo Diskriminierung folgenlos bleibt, wird sie reproduziert. Das Gesundheitssystem versagt hier nicht

nur auf individueller Ebene, sondern strukturell, indem es rassistische Erfahrungen entpolitisiert, individualisiert oder unsichtbar macht.

Diese vorliegende Studie versteht sich daher nicht nur als Dokumentation von Erfahrungen, sondern als politischer Appell. Es fordert eine grundlegende Verschiebung der Perspektive: weg von der Vorstellung eines „neutralen“ Gesundheitssystems hin zur Anerkennung, dass medizinische Institutionen aktiv an der Herstellung oder Reduktion von Ungleichheit beteiligt sind. Antidiskriminierung, rassismuskritische Kompetenz und machtsensible Praxis dürfen nicht als Zusatz oder freiwillige Haltung verstanden, sondern müssen als zentrale Qualitätsmerkmale von Gesundheitsversorgung verankert werden.

Gleichzeitig macht diese Studie deutlich, dass Veränderung keinesfalls auf der Ebene individueller Sensibilisierung stattfinden kann. Notwendig sind strukturelle Reformen in Ausbildung, Institutionen, Beschwerdemechanismen und Gesundheitspolitik sowie die systematische Einbindung von Erfahrungswissen direkt Betroffener. Community-basierte Ansätze, kollektive Selbstorganisation und traumasensible Angebote sind dabei keine Ergänzung, sondern zentrale Bausteine einer gerechten Gesundheitsversorgung. Abschließend lässt sich festhalten: Antimuslimischer Rassismus im Gesundheitssystem ist Ausdruck breiterer gesellschaftlicher Macht- und Ausschlussverhältnisse. Ihn sichtbar zu machen bedeutet, Gesundheit als politische Frage ernst zu nehmen. Diese Studie versteht sich als Beitrag zu dieser notwendigen Auseinandersetzung – mit dem Ziel, Gesundheitseinrichtungen zu Orten zu machen, die Schutz, Würde, Sicherheit und gleichwertige Versorgung für alle Menschen gewährleisten.

8. Literatur

Adeifio Gosteli, Dshamilja & Türe, Ümmü Selime (2025): Antimuslimischen Rassismus intersektional bearbeiten: Queer-feministische Ansätze für eine antirassistische Beratungspraxis. In: Saase, Sabrina; Namdiero-Walsh, Audrey; Schlör, Sophia; Dücker, Kira (Hrsg.): *Intersektionalität in Therapie und Beratung. (Un-)Möglichkeiten*. 1. Auflage. Baden-Baden: Nomos, 332–349.

Attia, Iman (2015). *Die »westliche Kultur« und ihr Anderes. Zur Dekonstruktion von Orientalismus und antimuslimischem Rassismus*. Bielefeld: transcript.

Bryant-Davis, Thema; Ocampo, Carmen (2005a). Racist Incident–Based Trauma. In: *The Counseling Psychologist*, 33(4), 479–500.

Bryant-Davis, Thema/Ocampo, Carlota (2005b): The Trauma of Racism: Implications for Counseling, Research, and Education. In: *Counseling Psychologist*, 33, 574–578.

Bryant-Davis, Thema (2007): Healing Requires Recognition: The Case for Race-Based Traumatic Stress. In: *The Counseling Psychologist*, 35, 135–143.

Carter, Robert T. (2007): Racism and Psychological and Emotional Injury - Recognizing and Assessing Race-Based Traumatic Stress. In: *The Counseling Psychologist*, 35(1), 13–105.

Carter, Robert T., Johnson, Veronica, Roberson-Miranda, Katheryn, Mazzula, Silvia L., Kirkinis, Katheirne & Sant-Barket, Sinéad (2017a). Race-Based Traumatic Stress, Racial Identity Statuses, and Psychological Functioning: An Exploratory Investigation. In: *Professional Psychology: Research and Practice*, 48(1), 30–37. <https://doi.org/10.1037/pro0000116>

Carter, Robert T.; Lau, Michael; Johnson, Veronica; Kirkinis, Katheirne (2017b). Racial Discrimination and Health Outcomes Among Racial/Ethnic Minorities: A Meta-Analytic Review. In: *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 45(4), 232–259.

Crenshaw, Kimberle (1991): Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. In: *Stanford Law Review*, 43(6), 1241–1299.

Cuff, Stephanie (2021, April). *Gesundheitsschädlicher Rassismus: Interview mit Stephanie Cuff*. <https://stephaniecuff.com/gesundheitsschaedlicher-rassismus-interview-mit-stephanie-cuff/> [abgerufen am 2. Jänner 2026]

Cuff-Schöttle, Stephanie & Saase, Sabrina (2025). Rassismussensible systemische Beratung und Therapie. In: Sabrina Saase, Audrey Namdiero-Walsh, Sophia Schlör & Kira Dücker (Hrsg.), *Intersektionalität in Therapie und Beratung: (Un-)Möglichkeiten*. Baden-Baden: Nomos, 105–126.

Fanon, Frantz. (1986). *Black skin, white masks* (Charles Lam Markmann, Übers.). London, UK: Pluto Press. (Originalarbeit veröffentlicht 1952)

Hafez, Farid (2021). Antimuslimischer Rassismus: Eine Arbeitsdefinition. Stiftung Mercator. <https://www.stiftung-mercator.de/content/uploads/2021/07/Antimuslimischer-Rassismus-Eine-Arbeitsdefinition.pdf> [abgerufen am 2. Jänner 2026]

Hall, Stuart. (1990). Cultural Identity and Diaspora. In: Rutherford, Jonathan (Hrsg.), *Identity: Community, Culture, Difference*. London: Lawrence & Wishart, 222–237.

Hambrock, Uwe & Urlings, Stephan. (2021). *Vorurteile und Diskriminierung machen krank. Eine Rheingold-Grundlagenstudie zur Wirkung von Vorurteilen und Diskriminierung im Alltag* (im Auftrag der IKK Classic). Rheingold-Marktforschung. https://www.rheingold-marktforschung.de/wp-content/uploads/2022/09/ikk-classic_vorurteile-und-Diskriminierung_web.pdf

Kasprowski, David, Fischer, Mirjam, Chen, Xiao, De Vries, Lisa., Kroh, Martin, Kühne, Simon, Richter, David & Zindel, Zaza (2021). Geringere Chancen auf ein gesundes Leben für LGBTQI*-Menschen. *DIW Wochenbericht*, 6, 79–88.

Kennedy-Turner, Kathleen; Côté-Lussier, Carolyn; Helly, Denise (2023). A Snapshot of Hate: Subjective Psychological Distress After a Hate Crime: An Exploratory Study on Victimization of Muslims in Canada. *Journal of Muslim Mental Health*, 17(1), 14–31. <https://doi.org/10.3998/jmmh.480>

Kilomba, Grada (2010). *Plantation Memories. Episodes of Everyday Racism* (2. Aufl.). Münster: Un-rast.

Lerch, Leonore (2019). Psychotherapie im Kontext von Differenz, (Macht-)Ungleichheit und globaler Verantwortung. Diversity & Intersectionality als hilfreiche Perspektive für eine gesellschaftskritische Psychotherapie. *Psychotherapie Forum*, 23, 51–58. <https://doi.org/10.1007/s00729-019-0117-y>

Marmot, Michael (2015). *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. London: Bloomsbury.

Mayring, Philipp (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (12., überarbeitete Aufl.). Weinheim & Basel: Beltz.

Menakem, Resmaa (2017). *My Grandmother's Hands: Racialized Trauma and the Pathway to Mending Our Hearts and Bodies*. Las Vegas: Central Recovery Press.

Mukwende, M.; Tamony, Patricia; Turner, Lauren (2020). *Skin Deep: Race, Colour and Illness*. London: Bloomsbury.

Roig, Emilia (2021). *Why We Matter: Das Ende der Unterdrückung*. Berlin: Aufbau Verlag.

Saad, Farah (2022). Rassismus und biopsychosoziale Gesundheit: Zwischen Dethematisierung und widerständiger Praxis. *Stichproben*, 43, 49–61. https://doi.org/10.25365/phaidra.367_04

Saad, Farah, & Taheri-Maynard, Parissima (2021). Psychosoziale Praxis: Für wen? *Newsletter. Therapie mal anders. Diversität und Diskriminierung in der Psychotherapie*, 15–22.

Saad, Farah (2025). *Psychosoziale Praxis: Für wen? (De-)Thematisierung von Rassismus in psychosozialen Versorgungsstrukturen*. Masterarbeit, Universität Wien.

Said, Edward W. (1978). *Orientalism*. New York: Pantheon Books.

Smith, William; Bishop, Malachi J.; Jones, Courtney; Curry, Tommy; Allen, Walter (2016). 'You make me wanna holler and throw up both my hands!': campus culture, Black misandric microaggressions, and racial battle fatigue. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 29(9), 1189–1209. <https://doi.org/10.1080/09518398.2016.1214296>

Yeboah, Amma (2017). Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland. In: Karim Ferei-dooni & Meral El (Hrsg.). *Rassismuskritik und Widerstandsformen*. Wiesbaden: Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-14721-1_9, 143–161.

9. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Rassismuserfahrungen im Gesundheitssystem	13
Abbildung 2: Auswirkungen auf die Inanspruchnahme und Erwerbstätigkeit im Gesundheitssystem	18
Abbildung 3: Psychosoziale Folgen	20