



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Psychosoziale Praxis: Für wen?

(De)Thematisierung von Rassismus in psychosozialen Versorgungsstrukturen

verfasst von | submitted by

Farah Saad BA BA MA

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 589

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Internationale Entwicklung

Betreut von | Supervisor:

Mag. Dr. Sabine Prokop

Abstract

Diese Arbeit untersucht, wie Rassismus als gesellschaftliche Struktur und individuelle Erfahrung die biopsychosoziale Gesundheit beeinflusst und wie fehlende rassismuskritische Ansätze in psychosozialer Lehre und Praxis Ausschlüsse reproduzieren. Mit einem autoethnografischen Ansatz werden Konzepte wie *racial(ized) trauma* in den österreichischen Kontext übertragen, um die gesundheitlichen Auswirkungen von Rassismus sichtbar zu machen. Abschließend werden dekoloniale und intersektionale Ansätze für eine gerechtere psychosoziale Praxis vorgeschlagen.

Schlagwörter: Rassismus, biopsychosoziale Gesundheit, psychosoziale Arbeit, dekoloniale Traumaarbeit, Community-Arbeit, Intersektionalität

Abstract (english)

This thesis examines how racism, both as a societal structure and an individual experience, impacts biopsychosocial health and how the lack of racism-critical approaches in psychosocial education and practice perpetuates exclusions. Using an autoethnographic approach, concepts such as *racial(ized) trauma* are transferred to the Austrian context to make the health impacts of racism visible. Finally, decolonial and intersectional approaches are proposed for a more accessible psychosocial practice.

Keywords: racism, biopsychosocial health, psychosocial work, decolonizing trauma work, community work, intersectionality

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
1.1.	Relevanz für die Internationale Entwicklung	5
1.2.	Ausgangs- und Literaturlage, Forschungsstand	5
1.3.	Forschungsfragen	7
1.4.	Sprache und Begriffe	7
1.5.	Positionierung und Herangehensweise	8
1.6.	Methodisches Vorgehen und Sample.....	9
1.7.	Aufbau der Arbeit.....	11
2.	<i>race</i> und Rassismus	13
2.1.	Kolonialität	14
2.2.	Funktionen, Wirkweisen und Dimensionen von Rassismus	17
2.3.	Rassismus und Bildung.....	18
3.	Rassismus und biopsychosoziale Gesundheit	22
3.1.	Biopsychosoziale Gesundheit	24
3.2.	Rassismus und die biologische, medizinische Dimension von Gesundheit	28
3.3.	Rassismus und mentale Gesundheit: Rassismus als Trauma	30
3.4.	Rassismus in medizinischen Versorgungsstrukturen: soziale Dimension	36
4.	Rassismus in der psychosozialen Praxis	41
4.1.	Critique and Reflection Essay	42
4.2.	Rassismus in der psychosozialen Landschaft	43
4.3.	Rassismuskritische Kompetenzen: Lehre und Praxis.....	46
4.4.	BIPOC psychosoziale Fachkraft: Zwischen Belastung und Schlüsselrolle	50
5.	Ausbruchsmomente: Zwischen Dethematisierung und widerständiger Praxis.....	57
5.1.	Traumaaarbeit dekolonialisieren	57
5.2.	Community und widerständige Praxis: „Wir Sind Auch Wien“.....	63
5.3.	Intersektionalität und psychosoziale Arbeit	68
5.4.	Reflexionen zu Communityarbeit und -care	73
6.	Conclusio	75
7.	Bibliografie	81
8.	Abbildungsverzeichnis	88
9.	Anhang	89

1. Einleitung

In dieser Masterarbeit setze ich mich mit der Intersektion von Rassismuserfahrungen und psychosozialer Gesundheit sowohl in der Lehre als auch in der Praxis auseinander. Dabei liegt der Fokus auf der Analyse von rassismuskritischen Kompetenzen in Ausbildungen und Versorgungsstrukturen. Im Zentrum steht die Frage, wie Rassismus als gesellschaftliche Struktur und individuelle Erfahrung die psychosoziale Gesundheit beeinflusst und welche Auswirkung die fehlende Vermittlung rassismuskritischer Ansätze hat.

Gesundheit wird dabei aus einer biopsychosozialen Perspektive betrachtet, die das Zusammenspiel körperlicher, psychischer und sozialer Dimensionen betont. Viele der in dieser Arbeit herangezogenen Konzepte, insbesondere jene aus den USA, die die gesundheitlichen Manifestationen von Rassismus beleuchten, finden im deutschsprachigen Kontext bislang wenig Beachtung. Ein zentrales Ziel der Arbeit ist es daher, diese Konzepte in einen deutschsprachigen Kontext zu übertragen und deren Relevanz für die psychosoziale Praxis in Österreich aufzuzeigen.

Die Arbeit verwendet einen autoethnografischen Ansatz, um individuelle Erfahrungen mit gesellschaftlichen und institutionellen Strukturen zu verknüpfen. Dieser Ansatz ermöglicht es, durch Reflexion und Dokumentation persönlicher Erlebnisse als Lehrende, Forschende und psychosoziale Fachkraft zentrale Fragestellungen zu beleuchten. Hierbei steht die Reflexion der eigenen Positionierung und die Verknüpfung individueller Erfahrungen mit theoretischen Konzepten im Vordergrund. Es werden sowohl Literaturanalysen als auch narrative Elemente, etwa ein autoethnografischer Essay sowie Reflexionen, genutzt, um die tiefgreifenden Auswirkungen von Rassismus auf die psychosoziale Gesundheit sowie die bestehenden Ungleichheiten in der Versorgung sichtbar zu machen.

Die Ergebnisse von vorherigen Forschungsarbeiten werden berücksichtigt, um die psychosoziale Praxis unter einer herrschafts- und diskriminierungskritischen Perspektive zu untersuchen. Entlang der Frage, für wen psychosoziale Angebote konzipiert werden und welche Ausschlüsse dabei reproduziert werden, wird aufgezeigt, wie eine stärkere Integration rassismuskritischer Perspektiven in die Ausbildung und Praxis zu einer gerechteren psychosozialen Versorgung beitragen kann.

1.1. Relevanz für die Internationale Entwicklung

Internationale Entwicklung als ein herrschafts- und gesellschaftskritischer Studiengang befasst sich mit globalen Zusammenhängen und Strukturen ebenso wie mit den Gesellschaften, die im gegenseitigen Wechselspiel davon geprägt werden und diese zugleich ihrerseits prägen. Mein Forschungsvorhaben lässt sich hier insofern eingliedern, als dass durch die durch koloniale Machtmatrix hergestellte Kategorie *race*¹ nicht nur in ihrer Auswirkung auf gesellschaftliche und politische Strukturen untersucht wird, sondern hier auch die Auswirkung auf Gesundheit und psychosoziale Versorgungsstrukturen in den Mittelpunkt gestellt werden. Dabei werden Rassismuserfahrungen anerkannt, validiert und in einen größeren Kontext eingebettet.

Zudem werden Macht- und Herrschaftsverhältnisse im Zuge dieser Arbeit benannt und auf ihre Auswirkungen analysiert. Andererseits werden bestehende Machtmuster umgekehrt, indem ge-otherte Positionierungen, welche im vorherrschenden Wissenschaftskanon häufig als beforschte Objekte fungieren, in den Mittelpunkt gestellt und dadurch zu Subjekten gemacht werden.

1.2. Ausgangs- und Literaturlage, Forschungsstand

Rassismen und Othering wurden in unterschiedlichen Kontexten von Autor*innen unterschiedlicher Positionierungen beforscht, ebenso wie die Auswirkungen von rassistischen Zuschreibungen auf Subjektivierungsprozesse in Bezug auf mentale Gesundheit. Historische Wegbereiter sind etwa die Werke von W.E.B Du Bois, einem US-amerikanischen Historiker, Philosophen, Soziologen und Journalisten, der das Konzept der *double consciousness* prägte, das er im Jahre 1903 als einen Versuch, die Komplexität der Schwarzen² amerikanischen Identität darzustellen, verschriftlicht hat (Horne 2010, Du Bois 1903:2f). Jenes Konzept umschreibt im Wesentlichen, dass Personen, die einer untergeordneten Gruppe angehören, sich stets auch durch die

¹ *race* wird in dieser Masterarbeit kursiv, klein und auf Englisch geschrieben, um von einer biologisierenden Verwendungsweisen Abstand zu nehmen. Es meint die soziale Konstruktion, die sich in gesellschaftliche Positionierung sowie Zugänge zu Ressourcen, Rechten und Privilegien auswirkt. *race* ist eine soziale Konstruktion, die auf verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen diskursiv hergestellt wird. Diese Konstruktion bringt für alle Gesellschaftsmitglieder reale Effekte mit sich, welche sich jedoch in Abhängigkeit zu ihrer sozialen Positionierung unterschiedlich manifestieren. (Almeida et al. 2019: 152; Kazeem-Kaminski 2016: 12f, 44ff.)

² Schwarz wird in dieser Masterarbeit großgeschrieben, um auf die soziale und politische Konstruktion anstelle von biologistischen Merkmalen hinzuweisen. Hierbei geht es ergo nicht um die Hautfarbe von Menschen, sondern der Begriff beschreibt vielmehr die soziale Positionierung von Schwarzen Menschen in der Gesellschaft, die in enger Verknüpfung mit der Kategorie *race* steht.

Augen der dominanten Gruppe sehen. Zudem drückt Du Bois damit das Spannungsverhältnis aus, zwar über beide (bei Du Bois die Schwarze und weiße US-amerikanische) Bewusstseinsdimensionen zu verfügen, jedoch sie nie vereinen zu können hier: Schwarz und US-amerikanisch zu sein (Du Bois 1903:2f). Ebenso von Relevanz ist das Lebenswerk von Frantz Fanon, einem Schwarzen Psychiater, der auf der Martinique geboren ist, die meiste Zeit seines Lebens in Algerien gelebt hat und eine zentrale Rolle für panafrikanische Bewegungen innehatte (Fanon 1952). Er arbeitet in seinem Werk „White Masks, Black Skin“ (1952) das Spannungsverhältnis zwischen dem Kolonisierten und Kolonisator*innen heraus, nämlich wie rassistischer Kolonialismus sich auf die Subjektivität sowohl der Kolonisierten als auch auf die Kolonisator*innen auswirkt (Fanon 1952).

Auch im zeitgenössischen US- und UK-Kontext werden die gesundheitlichen Manifestationen von Rassismus mehr und mehr anerkannt und rezipiert. Dies wird etwa an den unterschiedlichen Konzepten, wie beispielsweise von *racial(ized) trauma*, sichtbar. So sind Expert*innen, wie Resmaa Menakem, ein Schwarzer klinischer Sozialarbeiter (Menakem 2017), mit seiner HIPP³-Theorie zentral. Diese kategorisiert Trauma historisch, intergenerational, personell und persistierend institutionell (Menakem 2017: 9f, 45f). Ebenso finden Ansätze wie *racial battle fatigue* (Smith et al. 2016), die das Zusammenspiel der unterschiedlichen Ebenen von Gesundheit sichtbar machen, mehr Verbreitung.

Im deutschsprachigen Raum gibt es kaum Forschung zu den Auswirkungen von Rassismuserfahrungen auf die Gesundheit (Kluge et al. 2020: 1019; Lerch 2019: 55; Yeboah 2017: 150). In diesem Kontext spricht Leonore Lerch, eine Schwarze Wiener Psychotherapeutin und Vorständin des österreichischen Berufsverbands der Psychotherapeut*innen (Lerch 2019), von einer systematischen Dethematisierung (Lerch 2019: 55). Im deutschsprachigen Kontext sind weiters Grada Kilomba, Schwarze Künstlerin und Psychoanalytikerin, (2016), Paul Mecheril, Experte of Color für Migrationspädagogik und Psychologie, und Astride Velho, Erzieherin of Color und Forscherin über Alltagsrassismus (2013) sowie Amma Yeboah, Schwarze Psychiaterin (2017) zentrale Akteur*innen, die gesundheitliche Manifestation von Rassismus belegen und beforschen und folglich dieser Dethematisierung entgegenwirken. Meine erste Masterarbeit sowie andere Publikationen stellen ebenfalls einen Versuch dar im

³ HIPP steht im Original für historical, intergenerational, persistent institutional and personal trauma.

österreichischen (und deutschsprachigen) Kontext die gesundheitlichen Auswirkungen von Rassismus zu thematisieren (Saad 2022; Saad 2023; Saad, Taheri 2021a).

Diese Dethematisierung schlägt sich auch in psychosozialen Ausbildungen nieder: So sind rassismuskritische Inhalte kaum bis marginal verankert. Dies hat verheerende Auswirkungen in Ausbildungen, in der Praxis sowie in diversen Versorgungsstrukturen. Das befinden auch Ergebnisse des Afrozensus, der größten Online-Befragung von Schwarzen und afrodiasporischen Menschen in Deutschland aus dem Jahr 2021 (Aikins et al. 2021).

1.3. Forschungsfragen

Diese Masterarbeit untersucht die Auswirkungen von Rassismus auf die psychosoziale Gesundheit und Praxis in Österreich und beantwortet dabei folgende Forschungsfragen:

Welche Auswirkungen hat Rassismus auf die psychosoziale Gesundheit und Praxis am Beispiel Österreich?

Wie ist Gesundheit durch *race* strukturiert? Welche Rolle spielt *race* für den Zugang zu Gesundheit?

Wie manifestiert sich Rassismus in psychosozialen Versorgungsstrukturen?

Wie manifestiert sich das fehlende Wissen in der Lehre und der Praxis? Welche Rolle haben BIPOC psychosoziale Fachkräfte?

Welchem Umgang mit der Vermittlung von rassismuskritischen Kompetenzen gibt es in den Ausbildungen, in der Praxis und in der Forschung?

1.4. Sprache und Begriffe

In dieser Arbeit wird ein rassismuskritischer Ansatz verfolgt, der darauf abzielt, durch die bewusste Wahl von Sprache und Begriffen die Reproduktion rassistischer Logiken zu vermeiden. Begriffe wie *race* und Rassifizierung werden kritisch reflektiert und unter der Annahme verwendet, dass *race* eine soziale Konstruktion ist, die gesellschaftliche Machtverhältnisse und Privilegien widerspiegelt und reale Auswirkungen auf alle Lebensbereiche hat (Almeida et al. 2019: 152; Kazeem-Kaminski 2016: 12f, 44ff). Die bewusste Verwendung dieser Begriffe dient dazu, auf die Mechanismen hinzuweisen, die Diskriminierung und Ungleichheit in gesellschaftlichen und institutionellen Kontexten aufrechterhalten.

Darüber hinaus wird in dieser Arbeit eine inklusive und reflektierte Sprache verwendet, die rassistische Logiken hinterfragt und dekonstruiert. Wenn über Personengruppen gesprochen wird, werden Selbstbezeichnungen verwendet. Dabei werden die Begriffe BIPOC (Black, Indigenous, People of Color) und Schwarze Menschen und Menschen of Color werden dabei synonym und in Übereinstimmung mit den Prinzipien der Selbstbezeichnung verwendet, um den unterschiedlichen Identitäten und Perspektiven gerecht zu werden. In dieser Masterarbeit wird Schwarz großgeschrieben, um die soziale und politische Konstruktion des Begriffs zu betonen und biologistische Merkmale auszuschließen. Der Begriff verweist folglich nicht auf die Hautfarbe, sondern auf die gesellschaftliche Positionierung Schwarzer Menschen, die mit der Kategorie *race* verbunden ist. Diese bewusste Sprachwahl unterstützt den Anspruch der Arbeit, rassismuskritische Perspektiven zu stärken und gesellschaftliche Machtstrukturen zu hinterfragen.

1.5. Positionierung und Herangehensweise

“Preface

the body.

It’s about the body.

Bodies on the page

flesh and bone on the stage, everyday or theatrical. It’s always been about bodies,

hiding

[...]

trying always to crawl out of dangerous desire

to the safety of the disembodied. No affect,

only intellect, a mythos of one without the other.”

(Spry 2016:11-12, Zeilenumbrüche im Original)

Ich positioniere mich als Frau of Color, die eine psychosoziale Ausbildung hat und in der psychosozialen Community Angebote für BIPOC im Rahmen meiner Rolle bei „Wir Sind Auch Wien“ („Wir Sind Auch Wien“ 2025), Zentrum für psychosoziale Gesundheit von BIPOC, (mit)kreiert. Zudem lehre ich rassismuskritische Kompetenzen in psychosozialen Ausbildungen und Angeboten. Dies ist insofern wichtig, als dass ich Vorgangsweisen von *writing about others* als problematisch empfinde, nicht zuletzt, weil sie in die koloniale Ordnung von vermeintlicher Objektivität und dem *standpoint*

zero bestimmter (weißer männlicher) Menschen eingreifen, die über alles schreiben dürfen. Hier beabsichtige ich, diese koloniale Ordnung auf den Kopf zu stellen und die traditionelle, eingeschriebene Subjekt-Objekt-Beziehung umzukehren. Insofern lege ich großen Wert darauf, hauptsächlich (vorzugsweise ausschließlich) Literatur von Schwarzen Autor*innen oder Autor*innen of Color zu verwenden.

1.6. Methodisches Vorgehen und Sample

Methodologie bildet die Grundlage, um zu verstehen, warum und wie Forschung durchgeführt wird. Sie kann definiert werden als die Regeln und Abläufe, die eine Forschung leiten (Browne, Nash 2010:10) beziehungsweise als die theoretische Analyse darüber, wie Forschung ablaufen soll (Harding 1988: 2). Sie umfasst die Entscheidung, eine Methode anzuwenden und diese immer wieder umzusetzen. Methodologie verbindet Methode mit Epistemologie und Ontologie (Browne, Nash 2010:10f). Metaphorisch gesagt, ist die Methode das Haus, Methodologie das Fundament, Epistemologie der Untergrund und Ontologie die gesamte Umwelt (Kosel 2023: 134).

In dieser Arbeit wird ein autoethnografischer Ansatz verwendet, um die Auswirkungen von Rassismus auf die psychosoziale Gesundheit zu untersuchen. Autoethnografie ist eine qualitative Forschungsmethode, die persönliche Erlebnisse mit kulturellen und sozialen Kontexten verknüpft. Sie ermöglicht es, autobiografische Erzählungen mit sozialwissenschaftlicher Analyse zu verbinden, wodurch individuelle Erfahrungen in einen breiteren gesellschaftlichen Kontext eingeordnet werden (Ellis, Adams, Bochner, 2011: 273; Spry 2001: 708). Als kreative und reflexive Methode erlaubt die Autoethnografie es den Forschenden, subjektive Erfahrungen zu analysieren und diese im Kontext von kulturellen und sozialen Dynamiken zu reflektieren (Spry, 2001: 708). Durch die Integration persönlicher und kultureller Erzählungen spricht sie die Lesenden nicht nur intellektuell an, sondern auch emotional und regt zum Nachdenken an (Ellis, Adams, Bochner, 2011: 273). Dieser Ansatz ermöglicht es, Erfahrungen, die oft im wissenschaftlichen Kanon marginalisiert und wenig beforscht werden, ins Zentrum zu rücken und traditionelle Positionen von Subjekt und Objekt umzukehren (Ellis, Adams, 2014; Bochner, Ellis, 2016). Dabei werden die Erfahrungen der Autor*innen in politische, soziale und kulturelle Dimensionen kontextualisiert, was eine tiefere Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Ungleichheiten wie Rassismus ermöglicht (Spry, 2011: 134).

Der Forschungsprozess erfolgte in mehreren Schritten. Im ersten Schritt wurden relevante Theorien und bestehende Forschung zu Rassismus und psychosozialer Gesundheit analysiert, um einen theoretischen Rahmen zu schaffen. Im nächsten Schritt habe ich meine eigenen Erfahrungen als Lehrende, Studierende und psychosoziale Fachkraft systematisch anhand eines Essays reflektiert und dokumentiert. Dabei habe ich die emotionalen und psychologischen Auswirkungen von Rassismus auf mein Leben untersucht. Anschließend habe ich meine Erlebnisse narrativ aufgearbeitet, um zu verdeutlichen, wie Rassismus nicht nur individuelles Leid verursacht, sondern auch strukturelle Ungleichheiten im Gesundheitswesen verstärkt. Autoethnografie ermöglicht es Forschenden, ihre persönliche Geschichte in den Kontext größerer gesellschaftlicher Fragestellungen zu stellen (Chang 2008: 13). In meiner Arbeit habe ich diese Perspektive genutzt, um die Wechselwirkungen zwischen meinen persönlichen Rassismuserfahrungen und den übergeordneten gesellschaftlichen Bedingungen zu reflektieren. Diese Reflexion ermöglicht es mir, die Auswirkungen von Rassismus auf das individuelle und kollektive Wohlbefinden umfassend zu untersuchen.

Reflexivität, die als zentraler Bestandteil des autoethnografischen Schreibens bezeichnet, half mir, meine eigene Position kritisch zu hinterfragen und ein tieferes Verständnis der Themen zu entwickeln (Denzin 2001: 733). Gleichzeitig berücksichtige ich die körperliche Dimension des Erlebens, um die emotionalen und physischen Auswirkungen von Rassismus umfassend zu beleuchten (Spry 2001: 706). Durch die Integration dieser Ansätze in Form meiner critiquing und reflection essays am Ende von Kapitel 4 und 5, kann ich aufzeigen, wie Rassismus nicht nur das individuelle Wohlbefinden beeinflusst, sondern auch systemische gesundheitliche Ungleichheiten perpetuiert. Diese Arbeit leistet somit einen Beitrag zur bestehenden Forschung, indem sie die komplexen Zusammenhänge zwischen persönlichen Erfahrungen und gesellschaftlichen Strukturen verdeutlicht.

Dabei ist es wichtig anzuerkennen, dass Rassismus und Kolonialismus tief in der Praxis von Autoethnographie verwurzelt sind. Jedoch bietet dieser Ansatz auch die Möglichkeit, widerständige und dekoloniale Praxen zu entwickeln. Autoethnographie als *postkoloniales Konzept*, fordert ethnografische Forschung heraus und beschäftigt sich mit marginalisierten Erfahrungen und Positionierung, die zuvor vom dominanten Diskurs ausgeschlossen waren (Chawla, Atay 2018). Autoethnographie ist demnach

nicht nur Teil kolonialer Traditionen, sondern kann auch ein Mittel des Widerstands und der Veränderung sein, indem sie die Forschenden als aktiven Teil der Forschung, der *Anderen*, und als Subjekt in den Mittelpunkt stellt (Chawla, Atay 2018: 4). Im konkreten Fall bedeutet dies, dass in dieser Masterarbeit meine eigene Positionierung und Erfahrungen, die im hegemonialen Wissenschaftskanon oftmals marginalisiert werden, in den Fokus gelegt werden.

1.7. Aufbau der Arbeit

Der Forschungsprozess beginnt mit der Analyse und Aufbereitung relevanter Theorien und bestehender Forschung zu Rassismus und psychosozialer Gesundheit, gefolgt von der Reflexion eigener Erfahrungen als Lehrende und Fachkraft. Diese Erfahrungen werden narrativ aufbereitet, um aufzuzeigen, wie Rassismus nicht nur individuelles Leid verursacht, sondern auch strukturelle Ungleichheiten im Gesundheitswesen verstärkt. Diese Masterarbeit gliedert sich in sechs Kapitel, die einen systematischen Aufbau verfolgen, um die Forschungsfragen zu beantworten und die Thematik in ihrer vollen Komplexität zu beleuchten.

Im Kapitel 1 erfolgt die Einführung in das Thema, die Relevanz für die internationale Entwicklung sowie eine Darstellung der Forschungsfragen. Hier wird der thematische Fokus auf die Schnittstelle zwischen Rassismuserfahrungen und psychosozialer Gesundheit gelegt. Außerdem wird das Ziel der Arbeit umrissen, rassismuskritische Kompetenzen in der psychosozialen Ausbildung und der Praxis zu untersuchen. In diesem Kapitel werden die Begrifflichkeiten definiert, die für das Verständnis der Arbeit zentral sind, und es wird die methodische Vorgehensweise erläutert.

Kapitel 2 bietet die theoretischen Grundlagen, in denen das Thema der Rassismus- und Gesundheitstheorien sowie psychosozialer Versorgung behandelt wird. Hier wird erläutert, wie Rassismus als gesellschaftliches und strukturelles Phänomen die psychosoziale Gesundheit beeinflusst. Des Weiteren wird das Konzept der sozialen Konstruktion von *race* sowie die Verknüpfung von Rassismus und Kolonialität unter verschiedenen theoretischen Perspektiven vorgestellt.

Im Kapitel 3 wird detailliert auf die Auswirkungen von Rassismus auf die biopsychosoziale Gesundheit eingegangen. Es wird gezeigt, wie Rassismus als strukturelle Gewalt die psychische Gesundheit von BIPOC Personen beeinflusst. Besondere Aufmerksamkeit gilt den psychosozialen Belastungen, die durch

Rassismuserfahrungen entstehen, sowie den systemischen Barrieren, die den Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung erschweren.

Kapitel 4 beschäftigt sich mit den tiefgreifenden Auswirkungen von Rassismus auf die psychosoziale Gesundheit und Praxis. In diesem Kapitel wird autoethnografisch gearbeitet, um die persönliche Erfahrung als BIPOC Fachkraft in die Analyse einfließen zu lassen. Diese subjektive Perspektive wird als wertvolle Quelle genutzt, um die Herausforderungen und die Auswirkungen rassistischer Strukturen in der psychosozialen Praxis sichtbar zu machen.

Das Kapitel 5 beschäftigt sich mit dekolonialer Traumarbeit und intersektionalen Ansätzen, die die psychosoziale Arbeit verändern können. Hier wird dargelegt, wie wichtig es ist, die historischen und strukturellen Ursachen von Trauma anzuerkennen und diese sowohl auf individueller als auch kollektiver Ebene zu adressieren. Zudem wird die Rolle von rassismuskritischen und dekolonialen Perspektiven in der psychosozialen Praxis beleuchtet, wobei auch die Notwendigkeit einer Reflexion der eigenen Position als Fachkraft im rassistischen System thematisiert wird. Hier wird das Beispiel der Community-Initiative „Wir Sind Auch Wien“ verwendet, um zu veranschaulichen, wie Community-basierte Ansätze als widerständige Praxis fungieren können, die nicht nur individuelle Heilung fördern, sondern auch eine kollektive Resilienz gegenüber strukturellen Diskriminierungen aufbauen. In diesem Kapitel werden auch Methoden zur Vermittlung rassismuskritischer Kompetenzen sowie die Rolle von BIPOC psychosozialen Fachkräften in der Veränderung von Versorgungsstrukturen untersucht. Als psychosoziale Fachkräfte zähle ich Padagog*innen, Sozialarbeiter*innen, Therapeut*innen, Berater*innen, Sozialpädagogig*innen, Betreuer*innen, Coaches, Mentor*innen, aber auch Lehrer*innen sowie andere Berufsgruppen, die nahe mit Menschen arbeiten und sie in unterschiedlichen Lebensbereichen begleiten.

Im abschließenden Kapitel 6, der Conclusio, werden die Forschungsfragen beantwortet und die Ergebnisse der Arbeit zusammengefasst. Zudem wird ein Ausblick auf mögliche zukünftige Entwicklungen gegeben und auf noch bestehende Lücken in der Forschung hingewiesen. Hier wird die Bedeutung der Arbeit für die Praxis und zukünftige Forschungsfelder hervorgehoben und die Relevanz von rassismuskritischer und dekolonialer psychosozialer Arbeit betont.

Im Anhang befindet sich der Essay, welcher neben den Reflexionen am Ende von Kapitel 4 und 5, als zentrales Tool für meine autoethnografische Forschung dient. Teile dieses Essay fließen in die Reflexionen mit ein.

2. *race* und Rassismus

Dieses Kapitel legt die Grundlage, um Rassismus sowohl in seinen historischen Ursprüngen als auch in seiner anhaltenden Wirkung durch Kolonialität zu verstehen. Auf dieser Basis werden in den folgenden Teilen der Masterarbeit die spezifischen Auswirkungen auf die psychosoziale Lehre und Praxis untersucht. Rassismus hat weitreichende Auswirkungen, die viele Lebensbereiche durchdringen – auch den Gesundheitsbereich. Ziel dieser Masterarbeit ist es, diese Wirkweisen und Wechselwirkungen näher zu beleuchten. Es wird untersucht, wie Rassismus den Zugang zu Gesundheitsressourcen beeinflusst und inwiefern rassistische Strukturen nicht nur individuelle Erfahrungen prägen, sondern auch systematische und systemische Ungleichheiten erzeugen, aufrechterhalten und verstärken, die den Zugang zu medizinischer und psychosozialer Unterstützung erheblich einschränken können. Diese Dynamiken sind entscheidend, um die daraus resultierenden gesundheitlichen Ungleichheiten zu verstehen.

Kapitel 2.1 befasst sich mit der Verknüpfung von Rassismus und kolonialer Ordnung, während in Kapitel 2.2 die verschiedenen Dimensionen, Wirkweisen und Funktionen von Rassismus beleuchtet werden. Kapitel 2.3 untersucht, wie Rassismus im Bildungssystem wirkt und welche Rolle er dabei spielt, den Zugang zu Bildungsressourcen zu beeinflussen. Dies erklärt teilweise die fehlenden rassismuskritischen Inhalte und Kompetenzen in der psychosozialen Lehre und Praxis.

2.1. Kolonialität

Die Verbindung zwischen Kolonialismus, Kolonialität und Rassismus hat tiefgreifende Auswirkungen auf unterschiedliche Ebenen in allen Lebensbereichen, wie zum Beispiel für Gesundheit. Um die Rolle von Rassismus im Gesundheitsbereich und dessen Einfluss auf Ausbildungssysteme unterschiedlicher Gesundheitsberufe und darüber hinaus zu verstehen, ist es wichtig, die Strukturen und Dynamiken von Kolonialität sowie Kolonialismus zu betrachten.

Kolonialismus beschreibt die Herrschaft einer Bevölkerung über eine andere. Die Beziehung zwischen Kolonisator*innen und Kolonisierten ist oft durch Machtungleichgewichte geprägt, bei denen die gesamte Gesellschaft „ihrer historischen Entwicklung beraubt, extern manipuliert und gemäß den Bedürfnissen und Interessen der kolonialen Herrscher transformiert wird“ (Osterhammel 1999:15). Diese Dominanz hat dazu geführt, dass in den ehemaligen Kolonien und auch in den Ländern der Kolonialmächte selbst, traditionelle Werte und Bräuche unterdrückt wurden, während Lebensweisen und Wissen systematisch ausgelöscht wurden (Santos 2014: 15f). Ein Beispiel für diese Form der Ausschließung ist die Praxis des Epistemizids, bei der das Wissen und die Weltanschauungen indigener Völker durch koloniale Machtstrukturen unterdrückt und ersetzt wurden. Dies betrifft nicht nur das Wissen über Heilmethoden oder spirituelle Praktiken, sondern auch grundlegende Vorstellungen über Gesellschaftsstruktur und Natur. Diese Formen der Wissensvernichtung haben tiefgreifende Auswirkungen auf die Identität und das kollektive Gedächtnis der betroffenen Gemeinschaften (Mignolo 2011: 45).

Vor diesem Hintergrund wird die Relevanz der autoethnografischen Methode in dieser Masterarbeit deutlich: Sie ermöglicht eine Umkehr der Perspektive und stellt marginalisierte Positionen in den Mittelpunkt. Indem persönliche Erfahrungen und Geschichten, die im wissenschaftlichen Mainstream oft ignoriert oder ausgeblendet werden, sichtbar gemacht werden, trägt die Methode dazu bei, diese Formen des Wissensverlusts zu hinterfragen und zu überwinden. Insbesondere dekoloniale Zugänge, die auch in Kapitel 1.6 in der Beschreibung des methodischen Zugangs dieser Masterarbeit, näher behandelt wurden, eröffnen die Möglichkeit, alternative Wissenssysteme zu integrieren und die Perspektive derjenigen zu stärken, deren Erfahrungen und Erkenntnisse historisch marginalisiert wurden.

Kolonialität bezieht sich auf die Nachwirkungen kolonialer Strukturen und hebt den Zusammenhang zwischen Moderne und Kolonialismus hervor. Kolonialität hebt insofern auch von Postkolonialität ab, indem anstelle des „trügerischen Präfix „post““ (Foroutan 2018: 15, Herv. i. O.) und dem damit implizierten Ende des Kolonialismus, die Prozesshaftigkeit und die andauernde Wirkung kolonialer Strukturen hervorgehoben wird. Kolonialität wird folglich als „continuity of colonial forms of domination after the end of colonial administrations produced by colonial cultures and structure in the modern-colonial capitalist world system“ (Grosfoguel 2005: 287) beschrieben. Diese anhaltenden Herrschaftsformen haben direkte Auswirkungen auf unterschiedliche Bereiche des Lebens, wie im nächsten Kapitel und der Erläuterung der Wirk- und Funktionsweisen von Rassismus gezeigt wird. Das ist beispielsweise auch der Fall bei der Gesundheitswahrnehmung und in der medizinischen Versorgung – auch im deutschsprachigen Raum – indem der Zugang zu qualitativ hochwertiger beziehungsweise geeigneter medizinischer Versorgung und relevanten Gesundheitsressourcen häufig durch rassistische Strukturen, Vorurteile und Normen eingeschränkt wird. Die koloniale Ordnung, die als Basis für Rassismus fungiert, beeinflusst somit nicht nur den Zugang zu Gesundheitsdiensten, sondern auch die Gesundheitspraxen selbst. (Aikins et al 2021; Afeworki Abay 2022; Almeida et al. 2019; Saad 2022) Auf Basis kolonialer Vorstellungen sind auch heute noch bestimmte Auffassungen, etwa über Schmerzempfinden, präsent und haben Einfluss auf die Ausbildung im Gesundheitswesen. Diese Aspekte werden im nächsten Kapitel näher beleuchtet.

Die Vorstellung von *white supremacy*⁴ (weiße Vorherrscher*innenschaft) hat Kolonialismus maßgeblich legitimiert. Pseudo-wissenschaftliche Ansichten über rassistische Hierarchien stützten diesen Glauben. Die europäische Expansion wurde oft als „Erfüllung eines göttlichen Plans zur Erlösung der ‚Heiden‘“ (Osterhammel 1999: 16, Herv.i.O.) betrachtet, um die „Barbaren“ oder „Wilden“ zu „zivilisieren“ (ebd.). Solche Ideologien haben nicht nur soziale Strukturen in kolonialen Zeiten beeinflusst, sondern wirken auch heute noch in unterschiedlichen Sphären nach, etwa in der Gesundheitsforschung und -versorgung, wie in dieser Masterarbeit gezeigt wird.

⁴ Der Begriff *white supremacy* beschreibt im Wesentlichen die Überzeugung, dass weiße Menschen eine überlegene Stellung gegenüber Schwarzen und People of Color einnehmen und folglich Kontrolle über diese Gruppen ausüben sollten. Rassismus ist im Kern *white supremacy* (vgl. Kilomba 2016:41).

(Marmot 2005; Saad 2022) Solche kolonialen Denkstrukturen perpetuieren Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung und reproduzieren soziale Differenzen.

Rassismus ist tief in kolonialen Differenzen verwurzelt, die auch heute noch in Wissen(schafts)systemen präsent sind. Die Produktion von Wissen trägt dazu bei, diese Unterschiede ständig neu zu schaffen und aufrechtzuerhalten. Diese koloniale Differenz wirkt auf mehreren Ebenen wie Wirtschaft, Autorität, Gender und Sexualität sowie Subjektivität und Wissen(schaft)sproduktion. Rassismus hält diese Ebenen zusammen und ermöglicht gesellschaftliche Strukturen des Othering⁵. (Mignolo, Tlostanova 2008: 111) Rassismus durchdringt Gesellschaft: „Racism is pervasive“ (Essed 1992), er beeinflusst alle Institutionen, Lebens- und Beziehungsbereiche (Melter 2013:103).

Zusammenfassend festzuhalten, dass die historischen und strukturellen Verbindungen zwischen Kolonialismus, Rassismus und Gesundheit tiefgreifende Ungleichheiten auch im Zugang zu medizinischer Versorgung und Gesundheitsressourcen erzeugen. Die fortdauernden Auswirkungen kolonialer Praktiken und Ideologien sind weiterhin spürbar und tragen zur Reproduktion von Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung und in deren Ausbildungen bei. In Kapitel 3 wird dann die Beziehung zwischen Rassismus und den damit verbundenen gesundheitlichen Ungleichheiten näher untersucht.

In den zwei nun folgenden Unterkapiteln wird gezeigt, wie Rassismus in den Bildungsstrukturen verankert ist und wie folglich die Ausbildung von Fachkräften im psychosozialen Bereich sowie deren Handlungspraktiken dadurch beeinflusst werden. Diese strukturellen Ungleichheiten wirken sich nicht nur auf die Ausbildung aus, sondern auch auf die psychosoziale Gesundheit und die Zugänglichkeit von Gesundheitsdiensten, wie in Kapitel 3 dargelegt wird.

⁵ Othering bezeichnet eine dialektische Vorgehensweise und einen gesellschaftsbildenden Prozess im Kontext von Machtverhältnissen. Dabei wird eine Gruppe durch negative Konstruktion definiert. (Said 1978)

2.2. Funktionen, Wirkweisen und Dimensionen von Rassismus

Die Auswirkungen von Rassismus sind weitreichend und durchdringen viele Aspekte des Lebens, wie auch des Gesundheitsbereichs. Ebendiese Wirkweisen und Wechselwirkungen gezielt in Bezug auf psychosoziale Gesundheit näher zu beleuchten, ist Gegenstand dieser Masterarbeit. Untersucht wird, wie Rassismus den Zugang zu Gesundheitsressourcen beeinflusst, wie rassistische Strukturen nicht nur individuelle Erfahrungen prägen, sondern auch systematische Ungleichheiten erzeugen, aufrechterhalten und verstärken, die den Zugang zu medizinischer und psychosozialer Unterstützung stark einschränken können. Diese Dynamiken sind entscheidend, um die daraus resultierenden gesundheitlichen Ungleichheiten zu verstehen.

Rassismus und andere Formen der Diskriminierung, beispielsweise Sexismus, Ableismus, Klassismus und/oder Queerfeindlichkeit, spielen verschiedene Rollen in Gesellschaften. Sie helfen nicht nur, den Status Quo aufrechtzuerhalten, sondern auch dabei, die Gesellschaft mittels (Ungleichheits- und Diskriminierungs-) Kategorien wie *race* zu strukturieren (vgl. Kapitel 5.3.). Dabei wird eine klare Trennung zwischen einer Gruppe, die als ‚normal‘ angesehen wird, und anderen Gruppen vorgenommen, die von dieser Norm abweichen und dadurch oft abgewertet werden. Dieser Prozess wird auch *Othering* genannt. Der spezifische Akt der rassistischen Zuschreibung und damit einhergehende Positionierung am Norm-Spektrum wird auch als Rassifizierung bezeichnet. In diesem Zusammenhang werden weiße und weiß gelesene Menschen als die Norm dargestellt. Diese Hierarchien, die ihre Wurzeln in kolonialen Konstruktionen von Unterschieden haben, führen dazu, dass ökonomische, materielle, kulturelle und soziale Ressourcen ungleich verteilt sind. Die daraus resultierenden Ungleichheiten werden durch verschiedene Argumente legitimiert und durch alle Lebensbereiche hindurch reproduziert. So bleiben soziale Strukturen wie *white supremacy* bestehen und verfestigen sich. (Arndt 2021; Auma 2018; Kelly 2021; Rommelspacher 2009) Maischa Maureen Auma, Schwarze Gender- und Erziehungswissenschaftlerin in Deutschland und Österreich (Auma 2018), fasst die Funktion von Rassismus wie folgt zusammen:

„Rassismen [basieren] auf verwandten Prozessen der Erfindung und Herstellung von Differenz, der Markierung von Differenz und schließlich der

Hierarchisierung von Differenz. Damit erfüllen alle diese Rassismen ihre eigentliche und wesentliche Funktion: die Ziehung sozialer Grenzen.“ (Auma 2018:11)

Rassismen – sowie andere Macht- und Herrschaftsverhältnisse – entstehen durch Prozesse, die Unterschiede konstruieren, markieren und hierarchisieren. Letztlich ziehen sie soziale Grenzen und definieren, wer dazugehört und wer nicht. (Auma 2018:11)

Rassismus wirkt sowohl auf einer Mikro- als auch auf einer Makroebene. Auf der Makroebene gibt es institutionellen und strukturellen Rassismus. Ersterer zeigt sich in einzelnen Organisationen wie Schulen oder Firmen, während letzterer in den grundlegenden Strukturen aller Institutionen verankert ist. Struktureller Rassismus beeinflusst, wie Organisationen funktionieren und Entscheidungen treffen. (Aikins et al. 2021, Kelly 2021, Rommelspacher 2009)

Auf der Mikroebene sehen wir interpersonellen und verinnerlichten Rassismus. Interpersoneller Rassismus betrifft alltägliche Begegnungen, in denen rassistische Hierarchien aufrechterhalten werden. Verinnerlichter Rassismus ist die Art und Weise, wie Menschen mit Rassismuserfahrungen rassistische Werte und Stereotypen in ihr Selbstbild aufnehmen. (Kilomba 2016: 15f; Mecheril, Velho 2013: 204ff; Velho 2010: 128f)

Zusammenzufassen ist, dass Rassismus und die damit verbundenen Ungleichheiten als Marker für Differenz fungieren. Diese Marker beeinflussen, wie der Zugang zu verschiedenen Ressourcen strukturiert wird, darunter auch medizinische und psychosoziale Angebote. Oft sind diese Angebote nicht auf die Bedürfnisse von Menschen mit Rassismuserfahrungen zugeschnitten, was zu Retraumatisierungen und Verletzungen führt. Dadurch nutzen viele diese Angebote nicht. (Aikins 2021: 144f) Die Folgen sind direkte Auswirkungen auf die Gesundheit, sowohl psychisch als auch körperlich. Im Folgenden werden die Zusammenhänge von Rassismus und Bildung erläutert, um die Auslassungen in Ausbildungen im Gesundheitsbereich näher zu beleuchten. Eine ausführliche Auseinandersetzung mit den Auslassungen von Rassismus in der psychosozialen Lehre und Praxis wird außerdem in Kapitel 3 und Kapitel 4.2. fortgeführt.

2.3. Rassismus und Bildung

Die vorigen Kapitel erläuterten, inwiefern Rassismus und Kolonialität zusammenhängen, und wie Rassismus funktioniert. Dies liefert eine Grundlage, um im nächsten Kapitel die Manifestationen von Rassismus auf unterschiedliche Gesundheitsbereiche zu beleuchten. Wie bereits ausgeführt, wirkt Kolonialität auch heute noch nach, nicht zuletzt, indem sie Systeme von Wissen(schaft)sproduktion prägen. Dies ist auch der Fall für Bildungssysteme im deutschsprachigen Raum: Koloniale Wissen(schaft)sproduktion zieht sich wie ein roter Faden hindurch. Auch psychosoziale Ausbildungen sind betroffen, wie in Kapitel 3 thematisiert wird.

Rassismus beeinflusst sowohl die Zugänglichkeit als auch die Qualität von Bildungseinrichtungen und hat tiefgreifende Auswirkungen auf das Bildungssystem. In vielen deutschsprachigen Ländern sind rassifizierte Schüler*innen häufig benachteiligt. Diese Benachteiligung äußert sich in Form von niedrigeren Erwartungen seitens der Lehrkräfte, diskriminierenden Lehrmethoden und einem Mangel an diversitätsbewussten Inhalten in Lehrplänen. (AEWTASS 2023; Aikins et al. 2021: 181ff; Initiative Diskriminierungsfreies Bildungswesen 2020) Die unzureichende Auseinandersetzung mit Rassismus in der Lehrer*innenausbildung führt dazu, dass zukünftige Pädagog*innen nicht optimal auf die Bedürfnisse von rassifizierten Schüler*innen vorbereitet sind. Analysen von AEWTASS (Advancing Equality within the Austrian School System) (2023) zeigen, dass viele Lehrkräfte nicht über die notwendigen rassismuskritischen Kompetenzen verfügen, um mit der Diversität ihrer Klassen umzugehen. Das befunden auch diverse Jahresberichte der Initiative diskriminierungsfreies Bildungswesen. (AEWTASS 2023)

Die kolonialen Wurzeln des Rassismus in den Bildungssystemen zeigen sich auch, wenn Lehrpläne oft von eurozentrischen Perspektiven geprägt sind, die marginalisierte Stimmen und historische Erfahrungen von rassifizierten Personen ausblenden (Aikins et al. 2021: 181f). So wird Rassismus nicht nur ausgelassen, sondern auch reproduziert, was die kritische Auseinandersetzung mit diesen Themen erschwert. Rassismuskritische Kompetenzen bleiben in vielen Bildungseinrichtungen unberücksichtigt, was dazu führt, dass Klient*innen of Color in der Praxis die negativen Auswirkungen tragen müssen. Diese Problematik macht auch vor den Ausbildungen für Gesundheitsberufe nicht halt. (Aikins et al 2021: 136; Lerch 2019; Saad 2022)

Leonore Lerch (2019) spricht von einer Dethematisierung von Rassismus in psychosozialen Ausbildungen, was die Notwendigkeit unterstreicht, rassismuskritische

Perspektiven systematisch zu integrieren. Im Bereich der Gesundheitsausbildung ist es wichtig, dass zukünftige Fachkräfte für die Auswirkungen von Rassismus und Diskriminierung sensibilisiert werden. Wenn Lehrpläne rassistische Stereotype perpetuieren oder kulturelle Kompetenzen nicht ausreichend vermitteln, hat dies negative Folgen für die Versorgung marginalisierter Gruppen. (Aikins et al. 2021: 143f; Saad 2022; Yeboah 2017) Die unzureichende Berücksichtigung der Erfahrungen von BIPOC im medizinischen Curriculum führt dazu, dass viele Gesundheitsdienstleister*innen nicht in der Lage sind, auf die speziellen Bedürfnisse dieser Gruppen einzugehen. Das wiederum kann krankheitsfördernd sein, was in Kapitel 3 näher beleuchtet wird.

Rassistische Strukturen innerhalb der Schulen und Bildungseinrichtungen, wie beispielsweise die Kriminalisierung von Schüler*innen entlang von *race*, schaffen ein feindliches Lernumfeld. Diese Bedingungen beeinflussen nicht nur schulische und akademische Leistungen, sondern haben auch langfristige psychosoziale Auswirkungen, die das mentale Wohlbefinden der Betroffenen beeinträchtigen. (Initiative Diskriminierungsfreies Bildungswesen 2020; Aikins et al. 2021: 192ff)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Rassismus im Bildungsbereich ein gesellschaftliches Problem ist. Das führt beispielsweise auch zu weitreichenden Auswirkungen auf die Ausbildung von Fachkräften im Gesundheitssektor hat, wie in den nächsten Kapiteln deutlicher gemacht wird. Rassismus und die darauf basierende Ungleichheitskategorie *race* fungiert als gesellschaftlicher Marker für Differenz fungiert. Diese Marker strukturieren entlang von sozialer Hierarchisierung und Differenzierung unterschiedliche Zugänge zu Ressourcen. Das betrifft auch medizinische und psychosoziale Angebote, die oft nicht auf die Bedürfnisse von Menschen mit Rassismuserfahrungen ausgerichtet sind. Diese mangelnde Sensibilisierung können zu Retraumatisierungen und weiteren rassistischen Verletzungen führen, was die Inanspruchnahme dieser Angebote stark beeinträchtigt und gar verzögern kann. (Aikins 2021: 144f)

In diesem Kapitel wurde Kolonialismus als eine Herrschaftsstruktur dargestellt, die von Machtungleichgewichten geprägt war und auf Ideologien der Überlegenheit basierte, die kolonisierte Menschen und Gebiete unterdrückten. Die Vorstellung von *white supremacy* einer Ideologie der weißen Überlegenheit, spielte dabei eine zentrale Rolle, indem sie die Kolonialherrschaft legitimierte und die Unterdrückung der Kolonisierten

rechtfertigte. Diese Ideologie wirkt auch heute noch fort, da ihre Prinzipien in vielen gesellschaftlichen Strukturen und Institutionen weiter bestehen. Kolonialität wird als eine fortwährende Folge des Kolonialismus beschrieben, die eine koloniale Ordnung hervorgebracht hat, die auch heute noch Rassismus prägt. Diese anhaltenden Ungleichheiten wirken sich nicht nur auf soziale und gesellschaftliche Strukturen aus, sondern beeinflussen auch den Zugang zu wesentlichen Ressourcen, wie zum Beispiel der Gesundheitsversorgung.

Die gesundheitlichen Auswirkungen dieser strukturellen Ungleichheiten sind erheblich und betreffen sowohl das psychische als auch das körperliche Wohlbefinden. In den folgenden Kapiteln wird ebendieser konkrete Einfluss dieser kolonialen Strukturen auf den Bereich Gesundheit näher untersucht. Dabei wird besonders der Zusammenhang zwischen Rassismus und gesundheitlichen Manifestationen betrachtet. Rassistische Strukturen im Gesundheitssystem beeinflussen nicht nur den Zugang zu Gesundheitsressourcen, sondern auch die Qualität und Verfügbarkeit der Versorgung. Diese Dynamiken führen zu gesundheitlichen Ungleichheiten, die sich sowohl auf das körperliche als auch auf das psychische Wohlbefinden auswirken. Das nächste Kapitel widmet sich daher den spezifischen gesundheitlichen Auswirkungen von Rassismus und beleuchtet, wie diese strukturellen Ungleichheiten in der psychosozialen Versorgung sichtbar werden.

3. Rassismus und biopsychosoziale Gesundheit⁶

Gegenstand dieser Masterarbeit ist es, zu erforschen, welche Auswirkungen Rassismus auf die Gesundheit hat. Rassismus beeinträchtigt die Gesundheit in sämtlichen Dimensionen – biomedizinisch, psychologisch und sozial. Rassismus ist eine soziale Kategorie, die Leben, Ressourcenzugang und Möglichkeiten strukturiert, und wirkt folglich als weitreichender Einflussfaktor auf diese Bereiche. Die konkreten Konsequenzen zeigen sich beispielsweise im Zugang zu Gesundheit, wie in dieser Masterarbeit dargelegt wird. Der nahezu kontinuierliche Stress, der aus rassistischer Diskriminierung resultiert, birgt ein erhebliches Risiko für die Gesundheit, wie im vorliegenden Kapitel detailliert erörtert wird. (Aikins et al. 2021; Kluge et al. 2020; Lerch 2011; 2019; Saad 2023; Smith et al. 2016, Yeboah 2017)

Im deutschsprachigen Raum zeigt sich eine bemerkenswerte Lücke in der empirischen Forschung bezüglich der Gesundheitsauswirkungen von Rassismus. Dies gilt sowohl für die einzelnen Dimensionen als auch für ein holistisches biopsychosoziales Verständnis, welches Gesundheit nicht als isolierte medizinische Angelegenheit versteht, sondern auch psychosoziale Dimensionen im Wechselspiel miteinbezieht (Kluge et al. 2020: 1019; Lerch 2019: 55; Saad 2023; Yeboah 2017: 150). Amma Yeboah, eine Schwarze Psychiaterin aus Deutschland, und Leonore Lerch, eine Schwarze Psychotherapeutin aus Österreich, sprechen in diesem Zusammenhang die Dethematisierung von Rassismus in Bezug auf die mentale Gesundheit sowie die mangelnde Anerkennung rassistischer Diskriminierung als Trauma an (Lerch 2011: 10, 2019: 55; Saad 2023; Yeboah 2017: 144f).

Ein biopsychosoziales Gesundheitsverständnis, das gleichzeitig medizinische, psychische und soziale Dimensionen berücksichtigt, erfordert daher einen tiefergehenden Blick, der nicht nur die Vernachlässigung von Rassismus in der Lehre und Praxis in Bezug auf die mentale Gesundheit, sondern auf die Gesundheit im Gesamten kritisch beleuchtet. Eine solche Perspektive ermöglicht, Rassismus sowie andere Formen von Unterdrückung in ihrer komplexen Wirkung auf die Gesundheit zu erfassen und benennbar zu machen. Diese Sichtweise könnte eine Grundlage sein,

⁶ Wie in der Einleitung erwähnt, wurden Inhalte dieses Kapitels bereits von mir publiziert (Saad 2022). Die Inhalte wurden jedoch überarbeitet und auf die Forschungsfrage der vorliegenden Masterarbeit ausgerichtet.

um angemessene Handlungsstrategien zu entwickeln, wie in dieser Forschungsarbeit gezeigt wird.

Im vorliegenden Kapitel werden Konzepte, Theorien und Studien vor allem aus dem US-amerikanischen Kontext herangezogen, um biopsychosoziale Wechselwirkungen aufzuzeigen. Gleichzeitig wird Bezug genommen auf den aktuellen Forschungsstand in Deutschland und Österreich. In Kapitel 3.1 wird das biopsychosoziale Gesundheitsverständnis vorgestellt, das Gesundheit als Zusammenspiel von physischen, psychischen und sozialen Faktoren begreift und gesundheitliche Ungleichheiten durch soziale Bedingungen und Diskriminierung erklärt. In Kapitel 3.2 wird erläutert, wie rassistische Vorstellungen und Diskriminierung den Zugang zu Gesundheitsdiensten, beispielsweise in der Dermatologie, erschweren und gesundheitliche Ungleichheiten verstärken. Es wird außerdem aufgezeigt, wie sich diese Erfahrungen auf die biologischen, körperlichen und psychischen (physiopsychologischen) Dimension von Gesundheit auswirken, indem sie zu chronischem Stress und physischen Reaktionen führen, die das Risiko für verschiedene Krankheiten erhöhen. Kapitel 3.3 beleuchtet die Auswirkungen von Rassismus auf die mentale Gesundheit, indem Rassismus als Trauma verstanden wird, das durch kontinuierliche Diskriminierung und Gewalt krankheitsfördernd wirken kann. In Kapitel 3.4 wird aufgezeigt, wie Rassismus in medizinischen Versorgungsstrukturen den Zugang zu Gesundheitsressourcen für BIPOC erschwert und gesundheitliche Ungleichheiten verstärkt, wobei veranschaulicht wird, inwiefern die COVID-19-Pandemie diese Problematik weiter verschärft hat. In diesem Kapitel wird verdeutlicht, wie Rassismus nachweislich gesundheitsschädigend wirkt. Abschließend wird diskutiert, wie eine gesundheitsinformierte psychosoziale Arbeit, die rassismuskritisch ausgerichtet ist, angesichts der gesundheitsschädlichen Auswirkungen gestaltet werden kann.

3.1. Biopsychosoziale Gesundheit

Diese Masterarbeit fokussiert auf ein biopsychosoziales Verständnis von Gesundheit. Im Folgenden wird dieses Konzept näher erläutert, sodass es in den nächsten Kapiteln angewandt werden kann. Das biopsychosoziale Verständnis von Gesundheit ist eines der fundamentalsten Konzepte in der gesundheitsinformaten⁷ Arbeit. Dieses Konzept basiert auf der Erkenntnis, dass Gesundheit wesentlich komplexer und in sich verwoben ist, als dass es sich allein auf somatische, medizinische Phänomene reduzieren lässt. Eine zentrale Vorreiterin dieses Verständnisses war die Definition der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 1946:

„Gesundheit ist ein Zustand vollständigen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht einfach das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Das Anrecht auf den bestmöglichen Gesundheitszustand ist ein Grundrecht für jeden Menschen, unabhängig von Rasse, Religion, politischer Überzeugung, wirtschaftlichem oder sozialem Stand.“ (WHO 1946)

Dieses biopsychosoziale Verständnis von Gesundheit hat sich über Jahrzehnte hinweg entwickelt. Bereits in den 1950er Jahren begannen Forschungen zu Risikofaktoren für Krankheiten, wobei auch soziale und psychologische Faktoren in Betracht gezogen wurden. Genetische Dispositionen, soziale Schicht, kritische Lebensereignisse und gesundheitsschädigendes Verhalten wurden im Sinne eines biopsychosozialen Ansatzes berücksichtigt. Dieses Risikofaktorenmodell bildete die Grundlage für präventive Gesundheitsmaßnahmen und Gesundheitsförderung. (Pauls 2013b: 7ff; 2013b: 16) Während in den 1950er Jahren der Fokus auf Massenimpfungen und hygienischen Präventionsmaßnahmen lag, liegt heute der Schwerpunkt auf der Präventionsforschung und der Vermeidung von kontext- und lebensverhältnisbezogenen Risikofaktoren in der Gesundheitsforschung und -förderung. (Pauls 2013a: 7ff; 2013b: 16; Ningel 2011: 55)

Ein weiterer bedeutender Meilenstein für das heutige Gesundheitsverständnis in der gesundheitsinformaten psychosozialen Arbeit war die Formulierung des biopsychosozialen Krankheitsmodells durch den US-amerikanischen Psychiater George Engel (1977) in den 1970er Jahren. Dieses Modell integriert neben

⁷Gesundheitsinformaten bedeutet in dieser Masterarbeit, Entscheidungen auf der Basis eines biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses zu treffen, das körperliche, psychische und soziale Aspekte von Gesundheit berücksichtigt.

biologischen auch psychische und soziale Faktoren. Engel argumentiert, dass diese Faktoren miteinander interagieren und sowohl zur Entstehung als auch zur Behandlung von Krankheiten beitragen können. (Engel 1992: 322ff; Pauls 2013: 97f)

Der Mensch wird in diesem Modell als Teil komplexer Systeme betrachtet, sowohl als ein System an sich als auch als Bestandteil von vielen weiteren überlappenden Systemen (Ningel 2011: 55, Pauls 2013: 98). Diese systemische Perspektive bietet Potenzial für eine intersektionale und diskriminierungskritische Sichtweise auf Gesundheit, wie in dieser Masterarbeit dargelegt wird.

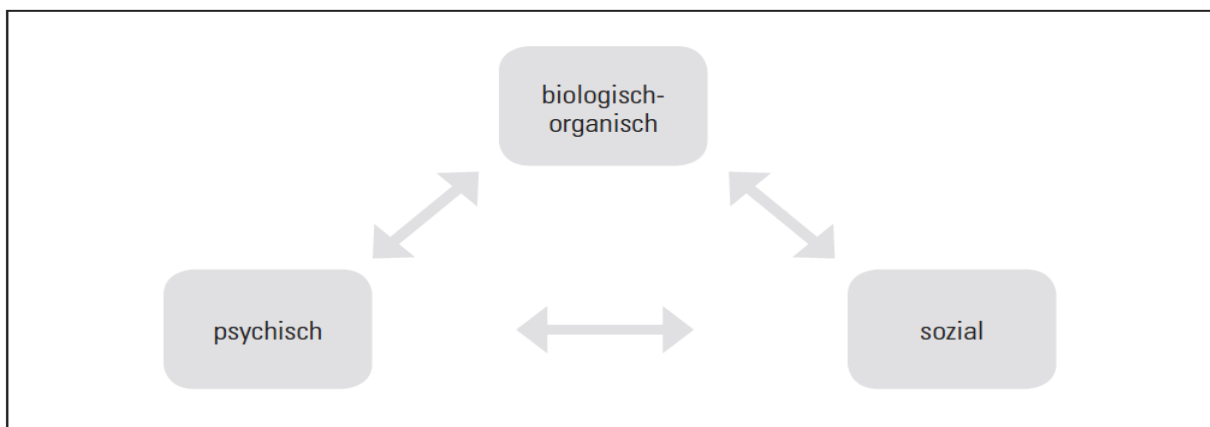


Abbildung 1: Das biopsychosoziale Krankheitsmodell in Anlehnung an Engel 1977 (Ningel 2011: 55)

Ein weiterer historischer Bezugspunkt ist die Ottawa-Charta von 1986, die im Rahmen der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO verabschiedet wurde. Diese Charta betont präventive Ansätze, die das soziale Umfeld verstärkt miteinbeziehen, indem Gemeindeorientierung und sozialökologische Kontexte von Individuen mitgedacht werden. Sie legt nahe, dass soziale Gerechtigkeit, Chancengleichheit und angemessene Wohnbedingungen Grundvoraussetzungen für Gesundheit sind. (WHO 1986; Ningel 2011: 53)

Zusammenfassend bietet das biopsychosoziale Verständnis von Gesundheit gegenüber einer rein bio-medizinischen Sichtweise eine breitere und ganzheitlichere Perspektive. Faktoren wie genetische Dispositionen, soziale Schicht, Lebensereignisse und Verhaltensweisen interagieren miteinander und können zu Krankheiten führen. Dies verdeutlicht die Begrenzungen einer rein bio-medizinischen Sichtweise auf Gesundheit. Das biopsychosoziale Gesundheitsverständnis kann als ein umfassendes Konzept für Gesundheit und Krankheit verstanden werden, das die untrennbare Verbindung zwischen messbaren Krankheitsaspekten und subjektiven

Erfahrungen verdeutlicht. (Engel 1992: 322ff; Engel 2005: 4, 12; Ningel 2011: 55; Pauls 2013: 97)

Dennoch gibt es auch Kritikpunkte an diesem Modell. Einige Kritiker*innen bemängeln die unklare Herausarbeitung der Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Dimensionen sowie die additive Auflistung von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren. Es wird argumentiert, dass das Modell als wissenschaftliche Theorie möglicherweise nicht ausreichend robust ist (Egger 2005: 4; Gahleitner 2013: 53f; Pauls 2013). An dem Modell wird beispielsweise kritisiert, dass es oft an Klarheit bezüglich der Zusammenhänge zwischen biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen mangelt (Pauls 2013). Außerdem wird bemängelt, dass die Betrachtung dieser Einflussfaktoren oberflächlich sei. Als Lösungsansatz wird zum einen die gleichzeitige Behandlung biologischer, psychischer und sozialer Dimensionen durch eine Simultantherapie vorgeschlagen (Egger 2005: 4), zum anderen ein integrativer Rahmen, der die verschiedenen Dimensionen und Diagnosen verbindet, um komplexe Wechselwirkungen ganzheitlich zu berücksichtigen (Gahleitner 2013: 53f).

Ein zusammenführender Schritt gelingt in dem Erklärungsmodell „Schichtgradienten von Morbidität und Mortalität“ (Schneider 2008). Dieser Ansatz verbindet verschiedene Erklärungsansätze zu gesundheitlichen Ungleichheiten, indem er Morbidität und Mortalität⁸ in Bezug auf soziale Schichtzugehörigkeit betrachtet. Das Modell verknüpft verschiedene Thesen miteinander und beleuchtet die Bedeutung von sozialen Schichtzugehörigkeiten auf verschiedenen Ebenen. Dabei werden sieben gängige Thesen zur Erklärung dieser Ungleichheiten untersucht. Die materielle These betont ökonomische Faktoren und materielle Lebensbedingungen, einschließlich Einkommen und Vermögen. Die strukturelle These konzentriert sich auf Arbeits- und Wohnbedingungen. Die kulturelle These erklärt Ungleichheiten durch unterschiedliches Gesundheitswissen, das mit Bildungsstatus zusammenhängt. Die Lebensstillthese betrachtet gesundheitsrelevantes Verhalten. Die psychosoziale These berücksichtigt Stressoren und Ressourcen in Bezug auf Gesundheit. Die biologische These bezieht genetische Faktoren und Ressourcen ein. Die Selektionsthese analysiert die Auswirkungen dieser Thesen auf medizinische Risikofaktoren und somit auf Morbidität und Mortalität (Schneider 2008: 46-55).

⁸ Morbidität misst, wie viele Krankheiten in Gesellschaften vorhanden sind und wie diese mit Sterblichkeitsraten (Mortalität) zusammenhängen.

Diese Ansätze werden zu einem Gesamtmodell kombiniert (Abb. 2), das die soziale Schichtzugehörigkeit in verschiedenen Dimensionen berücksichtigt. Dabei wird die soziokulturelle Kontextualisierung auf Meso-, Makro- und Mikroebene berücksichtigt, was eine Ergänzung zum rein medizinischen Ansatz darstellt. Materielle Lebensbedingungen werden der Makroebene zugeordnet, Arbeits- und Wohnbedingungen der Mesoebene, und genetische, verhaltens- und persönlichkeitspezifische Faktoren der Mikroebene. Das Modell enthält auch gesundheitsrelevante Korrelate für jede Dimension und markiert Aspekte der sozialen Schichtzugehörigkeit. (Schneider 2008: 56-60)

Dieses Modell liefert eine Grundlage für die Definition der sozialen Dimension von Gesundheit, jedoch wird auch hier nicht darauf hingewiesen, dass Macht- und Herrschaftsverhältnisse eine bedeutende Rolle für die Entstehung sozialer Schichten spielen.

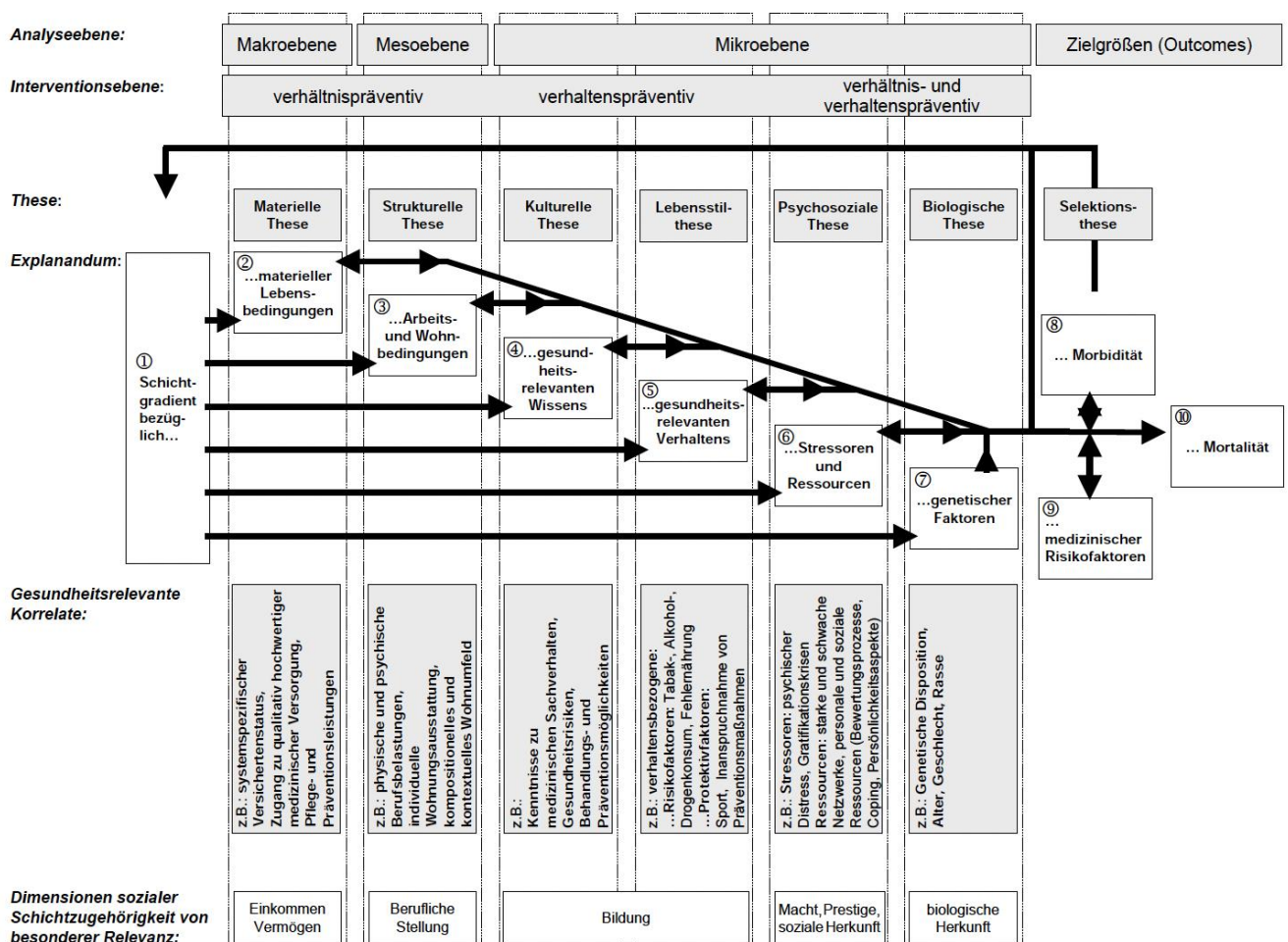


Abbildung 4: Erklärungsmodell für den Schichtgradienten von Morbidität und Mortalität (Schneider 2008: 57)

Insgesamt bietet das biopsychosoziale Modell eine wichtige Grundlage für ein umfassendes Verständnis von Gesundheit, das über rein bio-medizinische Faktoren hinausgeht und die Komplexität der menschlichen Gesundheit und Krankheit angemessen berücksichtigt. Es ist Modell, das Überlappungen und Wechselwirkungen erlaubt und sich daher besonders eignet, um die Komplexität und weitreichende Wirkweisen von unterschiedlichen Diskriminierungsverhältnissen auf Gesundheit zu erfassen, wie in den folgenden zwei Unterkapiteln näher beleuchtet wird. Dennoch besteht weiterhin Raum für kritische Reflexion und Weiterentwicklung, insbesondere in Bezug auf die Berücksichtigung von sozialen und gesellschaftlichen Aspekten.

3.2. Rassismus und die biologische, medizinische Dimension von Gesundheit

Rassismus führt zu anhaltenden, wiederkehrenden Stress- und Traumazuständen, wie im folgenden Abschnitt erörtert wird. Dies hat Einfluss auf die biologische, somatische, medizinische Dimension der Gesundheit im Rahmen eines biopsychosozialen Gesundheitsverständnisses. Im folgenden Kapitel werden die unterschiedlichen Dimensionen von Gesundheit und ihre Wechselwirkungen anhand von rassistischer Diskriminierung verdeutlicht.

William A. Smith, ein Schwarzer US-amerikanischer Professor für Ethnic und Social Studies (Smith et al. 2016), prägt das Konzept *racial battle fatigue* und analysiert ursprünglich die Auswirkungen von Rassismus auf Schwarze Männer im akademischen Kontext. Später erweitert er seine Untersuchungen auf Menschen mit Rassismuserfahrungen in der Wissenschaft und an Universitäten. *Racial Battle Fatigue* konzeptualisiert psychophysiologische Symptome als Resultat des allgegenwärtigen Stresses, den Schwarze Menschen und People of Color erfahren, wenn sie als rassifizierte Personen weiße und rassistische Strukturen und Räume durchqueren. Zu diesen Symptomen zählen unter anderem Müdigkeit, Trägheit, Haarverlust, hoher Blutdruck und Depression. (Smith et al. 2016) Das Konzept *racial battle fatigue* verdeutlicht das Zusammenspiel der drei Gesundheitsdimensionen und die damit einhergehenden biopsychosozialen Wechselwirkungen. Der psychische Stress aufgrund von Rassismus beeinflusst die medizinische Situation, die ihrerseits auf der gesellschaftlichen Organisation von *race* als soziale Kategorie basiert.

Neben dem *racial battle fatigue* gibt es zahlreiche andere Auswirkungen von Rassismus auf die Gesundheit. In dieser Arbeit werden diese erläutert und in den nächsten Kapiteln verknüpft, um die psychosoziale Landschaft am Beispiel Österreichs auf rassismuskritische Kompetenzen zu untersuchen.

Im Gesundheitssystem ist Weißsein als Norm etabliert, was ebenfalls rassistische Strukturen aufrechterhält. Bestimmte Diagnosen, Krankheitsbilder und Symptombeschreibungen sind oft auf weiße Männer ausgerichtet (Aikins et al. 2021; Hall et al. 2015; Hoffman et al. 2016; Kluge et al. 2020, Petersen et al. 2019; Tißberger 2020; Yeboah 2017). Krankheiten, die überproportional Schwarze Menschen betreffen, wie die Sichelzellerkrankheit, werden von Ärzt*innen oft nicht angemessen diagnostiziert und behandelt (vgl. Bulgin et al. 2018; Nelson, Hackmann 2012). In der Dermatologie werden spezifische Symptome und Erscheinungsformen von Krankheiten nicht anhand von Schwarzer Haut gelehrt und bleiben somit in der Praxis oft unerkannt. Der Schwarze Dermatologiestudent Malone Mukwende hat es sich zur Aufgabe gemacht, diese Lücke mit seiner Plattform zu schließen. Gemeinsam mit seinen Lehrpersonen Peter Tamony und Margot Turner hat er das Handbuch "Mind The Gap: A Handbook of Clinical Signs on Black and Brown Skin" (Mukwende, Tamony, Turner 2020) herausgebracht. Dieses Handbuch ist frei zugänglich.

Rassismus in Gesundheitssystemen zeigt sich auch in der hohen Sterberate von Schwarzen Personen und People of Color während der Geburt. Dies ist insbesondere im US-amerikanischen Kontext erforscht. (Aikins et al. 2021: 134; Petersen et al. 2019) In Europa wird diesem Umstand trotz seiner Relevanz wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Komplikationen bei der Geburt werden, wenn überhaupt, in Verbindung mit Sprachbarrieren gebracht. Ebenso kommt es häufig zu Kulturalisierungen und Reproduktionen von Rassismen, wenn Komplikationen auf einen vermeintlichen Migrationshintergrund reduziert werden (Dieplinger, Kaiser 2015). Naomi Brenya Günes-Schneider, eine Schwarze muslimische Designerin und Publizistin, (2020) startet mit ihrem Artikel über Rassismus im Kreißsaal in Österreich und Deutschland einen Versuch gegen diese mangelnde Thematisierung. Sie untersucht beispielsweise, wie sich die Intersektion von Muslimischsein und Schwarzsein negativ auf die Behandlung im Kreißsaal auswirkt. (Günes-Schneider 2020)

Ein weiteres Beispiel betrifft die Schmerzerfahrung von Schwarzen (weiblichen) ersonen und People of Color, die oft nicht ernst genommen oder als geringfügiger

eingestuft wird. Dies ist eine Folge rassistischer Vorstellungen über das Schmerzempfinden rassifizierter Personen. (Aikins et al. 2021: 42; 142f, Hoffman et al. 2016; Yeboah 2017)

Dieser Abschnitt verdeutlichte die tiefgreifenden Auswirkungen von Rassismus auf die Gesundheit und das Gesundheitssystem. Rassismus führt zu chronischem Stress und psychophysiologischen Symptomen, wie im Konzept des *racial battle fatigue* beschrieben, das die Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Gesundheitsdimensionen aufzeigt. Das Gesundheitssystem perpetuiert rassistische Strukturen, indem es weiße, männliche und heteronormative Normen beibehält, was sich in der unzureichenden Behandlung von Schwarzen Personen und People of Color zeigt, beispielsweise in der höheren Sterblichkeit bei Geburten und der Diskriminierung von Schmerzerfahrungen. Diese systemischen Ungerechtigkeiten machen eine ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit notwendig, um Rassismus im Gesundheitswesen zu bekämpfen. Im nächsten Unterkapitel wird der Fokus auf Rassismus und psychische Gesundheit, insbesondere Traumatisierung, gelegt.

3.3. Rassismus und mentale Gesundheit: Rassismus als Trauma

Das vorliegende Kapitel soll zeigen, welche Auswirkung Rassismus auf die mentale Gesundheit hat. Alltägliche Erfahrungen mit Rassismus hinterlassen tiefgreifende Spuren in der Psyche der Betroffenen. In diesem Kontext wird von Theoretiker*innen und Fachleuten aus der psychosozialen Praxis das Konzept *race-based trauma* oder auch *racial(ized) trauma* hervorgehoben. Diese Begriffe sollen verdeutlichen, dass die Erfahrungen von (Alltags)Rassismus eine besondere Form von Trauma darstellen. (Carter 2017; Kilomba 2016; Kluge et al. 2020; Lerch 2011, 2019; Menakem 2017; Yeboah 2017) In diesen Erfahrungen spiegelt sich eine Form der Verletzung wider, die aufgrund der systematischen rassistischen Diskriminierung und Unterdrückung von Menschen entsteht. Es geht hierbei nicht nur um einzelne Ereignisse, sondern um eine kontinuierliche Belastung und wiederkehrende Traumatisierung aufgrund von Rassifizierung, Othering und Fremdzuschreibungen.

Innerhalb des deutschsprachigen Raums finden Konzepte, wie *racial battle fatigue* oder *race-based trauma* bisher jedoch nur wenig Resonanz. In Theorie, Forschung und Praxis ist eine deutliche Dethematisierung von Rassismus in Verbindung mit psychischer Gesundheit zu erkennen. Auch Resilienz wird in diesem Kontext oft in der Forschung und in Ausbildungen ausgeklammert. (Lerch 2019: 55; Yeboah 2017: 144ff)

Dies spiegelt sich nicht nur in der begrenzten empirischen Forschung zu diesem Thema wider, sondern auch in dessen Vernachlässigung in der Ausbildung und Sensibilisierung von Fachleuten im Umgang mit den psychosozialen Auswirkungen von Rassismus. Hierdurch werden Rassismuserfahrungen systematisch ausgeblendet, was wiederum zu einer enormen Gewalt und Verletzung bei der Inanspruchnahme psychosozialer Dienstleistungen durch rassifizierte Personen führen kann. (Yeboah 2017: 157f; Saad, Taheri 2021)

Die wenigen vorhandenen Studien im deutschsprachigen Raum neigen dazu, sich auf Migration und Gesundheit zu konzentrieren und vermeintliche kulturelle Unterschiede zu betonen, während Diskriminierungserfahrungen oft ignoriert werden (Yeboah 2017: 144ff; Aikins et al. 2021: 139ff). Amma Yeboah weist darauf hin, dass diese Studien Migration häufig als Ursache für den schlechteren Gesundheitszustand betrachten und Diskriminierung als gesundheitlichen Risikofaktor kaum anerkennen (Aikins et al. 2021: 139ff; Yeboah 2017: 144ff). Dies führt zur weiteren Reproduktion von Ungleichheiten im Gesundheitssystem und perpetuiert die Dethematisierung von Rassismus. Zumal wird in diesem Zusammenhang die Kategorie ‚Migrationshintergrund‘ nicht nur aktiv konstruiert, sondern verstärkt und euphemistisch verwendet. Diese eignet sich nicht ausreichend, um rassistische Diskriminierung miteinzubeziehen. Vielmehr wird dadurch erneut eine vermeintliche Naturalisierung und biologisierende Zuschreibung anhand dieser Kategorie vorgenommen (Aikins et al. 2021: 134). Die Kategorie ‚Migrationshintergrund‘ vermag zu einer vereinfachten und verallgemeinerten Sicht auf komplexe gesellschaftliche und individuelle Realitäten zu fördern. Der Begriff wird in vielen Fällen als neutraler, angeblich objektiver Indikator verwendet, der jedoch in Wirklichkeit keine ausreichende Erklärung für die vielfältigen und tief verwurzelten rassistischen Strukturen bietet, die in der Gesellschaft und insbesondere im Gesundheitssystem existieren. So führt die Kategorie ‚Migrationshintergrund‘ häufig zu einer euphemistischen Verzerrung, zur Vereinfachung von Ursachen, zur potentiellen Naturalisierung und Biologisierung sowie zu einer Vernachlässigung und Dethematisierung von Rassismus. So wird die Kategorie ‚Migrationshintergrund‘ zu einer häufig unzureichenden, verkürzten und potentiell schädlichen Kategorie, wenn es darum geht, die komplexen sozialen Dynamiken von Rassismus und Diskriminierung im Gesundheitssystem zu erfassen.

In den Ausbildungen im Bereich der Psychologie, Psychotherapie und Sozialen Arbeit fehlen im deutschsprachigen Raum und in Österreich rassismuskritische Ansätze und

eine angemessene Auseinandersetzung mit den psychosozialen Auswirkungen von Rassismus (Yeboah 2017: 157f; Saad, Taheri 2021; Saad 2023). Die systematische Ausgrenzung und Vernachlässigung dieser Erfahrungen führt dazu, dass Betroffene oft gezwungen sind, Erklärungsarbeit zu leisten, was eine emotionale Belastung darstellt (Aikins et al. 2021: 143ff; Saad, Taheri 2021). Dadurch wird die Individualisierung dieser Erfahrungen weiter verstärkt und die strukturelle Dimension von Rassismus bleibt unzureichend anerkannt (Lerch 2019: 55; Saad, Taheri 2021; Saad 2023).

In den USA hingegen gibt es eine umfangreiche Forschung und Lehre zu diesem Themenfeld. Robert Carter, ein Schwarzer US-amerikanischer Psychologe, Forscher und Professor (Carter 2007), prägte den Begriff *race-based traumatic stress injury* (ebd.). Basierend auf seiner Konzeptualisierung bezieht sich *race-based trauma* (auch *racial(ized) trauma* genannt) auf Ereignisse, bei denen Individuen rassistische Diskriminierung erfahren, sei es in Form realer Erfahrungen oder wahrgenommener potenzieller Bedrohungen. Dies schließt sowohl physische als auch psychische Verletzungen ein, die den Körper und die Seele betreffen. Ebenso erfasst es das Wahrnehmen von Verletzungen durch Rassismus bei anderen Personen mit Rassismuserfahrungen. Dies bezieht sich auch auf Situationen, in denen Rassismus zwar erkannt wird, jedoch keine explizite rassistische Diskriminierung stattfindet. Diese ständige Achtsamkeit und Wachsamkeit gegenüber rassistischen Gefahren, auch Hypervigilanz genannt, führt laut Carter ebenfalls zu traumatischen Effekten. (Carter 2007) Zudem arbeitet er eine distinkte Form von Sekundärtraumatisierung heraus, die insbesondere für BIPOC Personen relevant sein kann, die in einem psycho-sozialen Rahmen mit BIPOC Klient*innen arbeiten. So kann allein die Konfrontation mit rassistischer Gewalt in den Medien, beispielsweise in Nachrichten, traumatischen Stress verursachen.

Ein weiteres bedeutendes Konzept wurde von Resmaa Menakem, einem Schwarzen US-amerikanischen Therapeuten und Lehrenden (Menakem 2017), entwickelt: die HIPPT-Theorie (Historical, Intergenerational, Persistent Institutional, Personal trauma). Sie unterscheidet und analysiert vier zentrale Ebenen von *racial(ized) trauma* bei Menschen mit Erfahrungen rassistischer Diskriminierung: historisches Trauma, das durch kollektive Ereignisse in der Vergangenheit geprägt ist; generationenübergreifendes Trauma, das über familiäre und soziale Strukturen weitergegeben wird; andauerndes institutionelles Trauma, das in systematischen

Ungleichheiten und Diskriminierung verankert ist; sowie persönliches Trauma, das aus individuellen Erfahrungen resultiert. Die Differenzierung zwischen den Ebenen des historischen, transgenerationalen, wiederkehrenden institutionellen und persönlichen Traumas erhöht die Komplexität des Konzepts von *racial(ized) trauma*. (Menakem 2017: 45f) Hierbei überlappen sich historische Verletzungen und transgeneracionales Trauma mit persönlichen und aktuellen Verletzungen sowie Traumata. Hinzu kommen die wiederkehrenden Verletzungen und Traumatisierungen, die infolge der Konfrontation mit rassistischen Strukturen oft mehrmals täglich auftreten. Die HIPPTheorie verdeutlicht somit die strukturelle Verflechtung und die Notwendigkeit eines systemischen Ansatzes. *Racial(ized) trauma* ist viel zu komplex, um es auf individuelles, persönliches Trauma zu reduzieren: Diese vier Dimensionen sind untrennbar miteinander verbunden und können zu einem Gefühl der Überforderung beitragen, das sich stark auf das körperliche Wohlbefinden auswirken kann. (Menakem 2017: 43ff)

Eine zentrale Akteurin aus dem deutschsprachigen Raum ist Amma Yeboah. Sie legt besonderen Fokus auf die körperlichen und neurobiologischen Auswirkungen von rassistischem Stress. Sie konzeptualisiert alltägliche rassistische Handlungen und Praktiken als Aufforderungen an BIPOC, sich aus der sozialen Gemeinschaft zurückzuziehen. Diese Formen der Ausgrenzung reichen von verbaler Belästigung, wie der Frage „Woher kommst du (wirklich)?“, bis hin zu aggressiven Formen physischer Gewalt. Die Erfahrung der Ausgrenzung löst im Körper die Aktivierung bestimmter Botenstoffe aus, die langfristig Einfluss auf die Genetik haben können. Yeboah bezieht sich dabei auf die Aktivierung chronischer biologischer Selbstzerstörungsprogramme in den Körperorganen von Schwarzen Personen und Personen of Color (Yeboah 2017: 148). Diese Programmierung resultiert aus täglichen Erfahrungen von rassistischen Mikroaggressionen, die wiederum neurobiologische Reaktionen auslösen, indem körpereigene Botenstoffe wie Cortisol und Glutamat freigesetzt werden. Diese Botenstoffe treten normalerweise nur in akuten Stresssituationen auf, führen jedoch bei anhaltender Ausschüttung, wie bei wiederkehrender rassistischer traumatischer Gewalt, zu einer Chronifizierung. (Yeboah 2017: 146ff)

Amma Yeboah hebt hervor, dass die Stressforschung hilfreich sein kann, um den Einfluss rassistischer Diskriminierung auf die psychische Gesundheit zu quantifizieren. Stress wird als Reaktion auf ein Ereignis definiert, das positiv oder negativ bewertet

wird. Diese Reaktion kann sich psychisch, physisch und verhaltensbezogen äußern. Nach der Bewertung des Ereignisses folgt eine sekundäre Reaktion, die auf Bewältigung und Anpassung abzielt. Stress wird intensiviert und schädlich, wenn ein Ereignis mehrdeutig negativ, unvorhersehbar, unkontrollierbar ist, lange andauert und traumatisiert (Yeboah 2017: 150). Besonders bedeutsam ist der alltägliche Stress, der wiederholte kleinere Ereignisse umfasst, da er die Anfälligkeit für Erkrankungen erhöht. Rassistische Mikroaggressionen aktivieren solche Stressreaktionen und begünstigen die Entwicklung von Angststörungen und Depressionen bei Schwarzen Personen und Personen of Color, was sich wiederum physisch auswirken kann. (Carter 2007; Smith et al. 2016; Yeboah 2017: 150) Amma Yeboah verdeutlicht somit die Wechselwirkungen der verschiedenen Dimensionen in ihrer Auseinandersetzung mit Rassismus und Gesundheit.

Amma Yeboah stellt zudem Fallbeispiele von psychisch stabilen Personen in Deutschland vor, die ihre Erfahrungen mit Rassismus und Mikroaggressionen schildern. Diese Berichte zeugen von einem kontinuierlichen Energieverbrauch zur Abwehr von Alltagsrassismus. Diese Energie fehlt dann bei anderen essenziellen Aktivitäten wie Beziehungsarbeit, Schule, Familie oder kreativen Tätigkeiten. Besonders belastend sind dabei rassistische Mikroaggressionen von weißen Freund*innen, Familienmitgliedern und engen Vertrauenspersonen. (Yeboah 2017: 153) In diesem Kontext betont Yeboah, dass dies für betroffene Schwarze Personen und Personen of Color bedeutet, dass es keinen sicheren Ort gibt: „Selbst im eigenen Zuhause werden, über Angehörige, direkte und indirekte Zurückweisung und soziale Tötung erlebt.“ (Yeboah 2017: 153)

Grada Kilomba, eine weitere bedeutende Stimme im europäischen und deutschsprachigen Raum, vereint Psychologie, Psychoanalyse und Kunst (Kilomba 2016). In ihrem Buch "Plantation Memories. Episodes of Everyday Racism" (Kilomba 2016) führt sie psychoanalytisch aufbereitete Interviews mit fünf afro-deutschen Frauen. Diese Personen vereinen in sich zwei Ungleichheitskategorien (*race* und *gender*). Grada Kilomba bettet die Erfahrungen von Alltagsrassismus in den Kontext des Kolonialismus ein und interpretiert sie als Versuche, die koloniale Ordnung aufrechtzuerhalten. So werden diskriminierende Interaktionen als immerwährende Reinszenierungen kolonialer Szenen verstanden, die transgenerational weitergegeben und gespeichert werden. (Kilomba 2016: 140ff) Inspiriert von Sigmund Freuds Gedächtnistheorie erläutert sie, dass zwar alle Erinnerungen aufgezeichnet

werden, jedoch nicht immer dem Bewusstsein zugänglich sind. Manchmal tauchen sie jedoch auf und präsentieren sich überwältigend präsent (ebd. 140f). Sie definiert Alltagsrassismus dezidiert als Trauma, da er einen wiederkehrenden gewaltsamen Schock darstellt, der das Trauma der Kolonialgeschichte reproduziert und rassifizierte Personen wie in einem Flashback in koloniale Szenarien zurückführt:

„I would therefore like to conceptualize the experience of everyday racism as traumatic. The psychoanalytical account of trauma carries three main implicit ideas: first, the idea of a violent shock, or an unexpected event to which the immediate response is shock, second, separation or fragmentation, as this unexpected violent shock deprives one of one's link to society; and third, the idea of timelessness, where a violent event that occurred sometime in the past is experienced as if in the present and vice-versa, with painful consequences that affect the whole psychological organization, including nightmares, flashbacks and/or physical pain." (Kilomba 2016: 142)

Ähnlich wie Amma Yeboah (2017) konzeptualisiert Grada Kilomba (2016) Alltagsrassismus als Verweigerung der Inklusion in die Gesellschaft. Eine der interviewten Personen fasst ihre Erfahrungen mit ständigen Fragen nach ihrer Herkunft bezeichnend zusammen:

"My story, the Afro-German story, is not welcome [...] It is as if I have to cut it from myself, ... like a schizophrenic." (Alicia in Kilomba 2016: 69)⁹

Grada Kilomba argumentiert, dass Rassismus als Trauma nicht ausreichend benannt wird, um die Geschichte der rassistischen Unterdrückung und ihre psychologischen Auswirkungen in westlichen Diskursen zu ignorieren. Diese Nichtbenennung und Dethematisierung existiert parallel mit den täglichen Erfahrungen von BIPOC, die nicht nur auf individueller Ebene, sondern auch historisch und kollektiv mit den Folgen von Sklaverei, Kolonialismus und Rassismus umgehen müssen (Kilomba 2008: 133; Yeboah 2017: 149). Hier lassen sich Ähnlichkeiten mit dem Ansatz von Resmaa Menakem erkennen (Menakem 2017: 35f). Alle drei Autor*innen zentrieren historische Komponenten von Rassismus als Trauma. Die strukturelle Vernachlässigung von Rassismus und seinen gesundheitlichen Auswirkungen offenbart einen klaren Bedarf

⁹ In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass Studien zeigen, dass Personen mit (zugeschriebener) Migrationsgeschichte ein erhöhtes Schizophrenie-Risiko haben (Kluge et al. 2020: 1019).

an weiterer Forschung in diesem Bereich. Dies ist besonders relevant für gesundheitsinformierte psychosoziale Arbeit.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es einige Belege, Theorien und Diskussionen gibt, die auf die Auswirkungen von Rassismus auf die biopsychosoziale Gesundheit hinweisen. Dennoch sind diese Erkenntnisse im deutschsprachigen Raum immer noch unterrepräsentiert und die fehlende Thematisierung setzt sich in den Ausbildungen und der praktischen Anwendung fort. Dies verdeutlicht die Notwendigkeit, die Aufmerksamkeit auf diese Thematik zu lenken und weitere Forschung sowie eine bewusste Einbindung in die professionelle Praxis voranzutreiben. Diese Masterarbeit soll einen Beitrag dazu leisten Rassismus besprechbarer und greifbarer in Bezug auf gesundheitliche Manifestierungen zu machen. In den nächsten beiden Kapiteln soll einerseits vermehrt die Auswirkung ebendieser Auslassungen gezeigt werden und andererseits bestehenden best-practice Angebote beleuchtet werden.

3.4. Rassismus in medizinischen Versorgungsstrukturen: soziale Dimension

Ungleich verteilter Zugang zu medizinischen und psychosozialen Ressourcen stellt eine unmittelbare Auswirkung der tief verwurzelten rassistischen und anderen diskriminierenden gesellschaftlichen Strukturen dar. Diese Ungleichheiten erstrecken sich auf verschiedene Ebenen. Ressourcen können BIPOC verwehrt werden, beispielsweise aufgrund eines fehlenden Aufenthaltsstatus‘ oder fehlender Krankenversicherung. Es kann aber auch indirekte Hindernisse geben, bei denen Ressourcen zwar formell verfügbar sind, jedoch aufgrund von inhärenter Unsicherheit und rassistischer Gewalt schwer zugänglich oder praktisch unerreichbar bleiben. Rassistische Diskriminierung manifestiert sich dabei in medizinischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen, sei es im Wartezimmer einer Ärzt*innenpraxis, im Krankenhaus oder in der Psychotherapie. (Aikins et al. 2021: 139ff; Kluge et al. 2020: 1020; Yeboah 2017: 153, 157)

Viele medizinische und psychosoziale Angebote sind nicht für Menschen mit Rassismuserfahrungen gestaltet, da sie auf einer patriarchalen und rassistischen Norm basieren, die BIPOC, queere Personen und/oder Personen mit Behinderungen ausschließt (Aikins et al. 2021; Casey et al. 2019; Kluge et al. 2020: 1020; Lerch 2019: 52f; Yeboah 2017: 154). Diese Problematik zeigt sich besonders deutlich in den

Ausbildungen im Bereich der psychosozialen Gesundheitsberufe. In diesen Ausbildungen werden die Erfahrungen und Perspektiven von Schwarzen Personen und Personen of Color kaum bis gar nicht behandelt, was sich negativ auf die Versorgung auswirkt. Rassismus und andere Diskriminierungsformen verstärken somit das Krankheitsgeschehen, da sie in Wechselwirkung zueinanderstehen (Aikins et al. 2021: 139). Diese Wechselwirkung wurde in vorherigen Unterkapiteln beleuchtet.

Der Afrozensus, die bisher größte Befragung unter Schwarzen, afrikanischen und afrodiasporischen Menschen in Deutschland, betont die strukturelle Benachteiligung dieser Gruppen im Gesundheitswesen. Diese Benachteiligung führt dazu, dass die Bedürfnisse und Anliegen dieser Menschen in der Versorgung oft ignoriert werden (Aikins et al. 2021: 139). Die Erfahrungen von rassistischer Gewalt und Diskriminierung resultieren darin, dass diese Menschen häufig von Versorgungsstrukturen ausgeschlossen werden und Behandlungen abbrechen:

„Schwarze, afrikanische und afrodiasporische Menschen werden strukturell benachteiligt, da beim Angebot und in der Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung ihre Bedürfnisse und Bedarfe nicht berücksichtigt werden. Aus den Diskriminierungserfahrungen und Traumata durch strukturelle Gewalt resultiert, dass sie durch Versorgungsstrukturen und Versorgungsnetze fallen und zudem Behandlungen wegen rassistischer Erfahrungen mit Professionellen im Gesundheitssystem abbrechen. Bei komplexer mehrfacher Marginalisierung wird der Zugang zu Versorgung noch schwerer und das Risiko, strukturelle Gewalt zu erfahren, steigt.“ (Aikins et al. 2021: 139)

Rassismus in Gesundheitsstrukturen verknüpft sich oft mit anderen Formen der Diskriminierung. Beispielsweise erfahren Schwarze cis-Frauen, trans, inter oder nicht-binäre Personen sowie Schwarze Personen mit Behinderung noch häufiger Diskriminierung im Gesundheitswesen. Diese Wechselwirkungen verdeutlichen, wie soziale Ungleichheit und strukturelle Diskriminierung im Gesundheitsbereich ineinandergreifen (Afeworki Abay 2022; Aikins et al. 2021: 136):

„Menschen erfahren in Krankenhäusern Diskriminierung allerdings nicht nur wegen ihrer Migrationsgeschichte, sondern auch weil ihre Lebensbedingungen mit anderen Dimensionen sozialer Ungleichheit verschränkt sind. Sie haben beispielsweise schlechtere Bildungschancen und häufig ein geringeres

Einkommen, was wiederum zu Nachteilen im Gesundheitswesen führt.“ (Kluge et al. 2020: 1020)

Die COVID-19-Pandemie hat diese Ungleichheiten zusätzlich verschärft, insbesondere in den USA und Großbritannien, wo die Sterberaten bei Schwarzen Personen und People of Color besonders hoch waren. Viele dieser Risikofaktoren können als Symptome von *racial battle fatigue* diagnostiziert werden, und die Pandemie hat die komplexen Wechselwirkungen zwischen Gesundheit und Krankheit unter dem Einfluss struktureller Diskriminierung veranschaulicht. (Aikins et al. 2021: 134; Kluge et al. 2020: 1020) Die COVID-19-Pandemie hat die bestehenden Probleme noch deutlicher gemacht und zeigt, wie wichtig es ist, diese Themen in der medizinischen Versorgung und in psychosozialen Gesundheitsberufen anzusprechen und anzugehen.

Der Zugang zu medizinischen und psychosozialen Ressourcen durch rassistische und diskriminierende Strukturen tiefgreifend ist ungleich verteilt. Strukturelle Barrieren und intersektionale Diskriminierungen benachteiligen insbesondere BIPOC und mehrfach marginalisierte Gruppen, oft bis hin zum Ausschluss aus Versorgungsstrukturen. Diese systemischen Probleme, die während der COVID-19-Pandemie noch verschärft wurden, betonen die Notwendigkeit, rassismuskritische Perspektiven in Ausbildung, Forschung und Praxis zu integrieren, um soziale Ungleichheiten abzubauen und diskriminierungskritische und dadurch zugängliche Angebote zu schaffen.

Trotz kumulativer Belastungen durch die krankheitsfördernde Wirkung von Rassismus als Macht- und Herrschaftssystem sowie durch die damit verbundenen Stress- und Traumafaktoren gibt es im deutschsprachigen Raum eine Tendenz zur Dethematisierung von Rassismus. Dies trägt dazu bei, dass sich rassistische Strukturen fortsetzen. Dies zeigt sich sowohl im Mangel an Wissen und Fähigkeiten der Fachkräfte in Gesundheits- und psychosozialen Berufen als auch in der rassistischen Diskriminierung in Versorgungsstrukturen. Diese Unterrepräsentation und Nicht-Anerkennung der gesundheitlichen Auswirkungen von Rassismus hat spürbare Folgen für BIPOC Klient*innen und Fachkräfte. Sie erleben gesundheitsschädigende Folgen von diskriminierender Behandlung und sind oft gezwungen, zusätzliche Arbeit in Ausbildung und Praxis zu leisten, um relevante Informationen zu erhalten und angemessene Unterstützung zu finden. (Saad 2023)

Festgehalten kann werden, dass Rassismus nachweislich gesundheitsschädigend ist. Für eine rassismus- und diskriminierungskritische psychosoziale Praxis ist essenziell, Rassismus in seiner Komplexität anzuerkennen und die gesundheitlichen Auswirkungen auf allen Dimensionen der Gesundheit zu verstehen. Eine biopsychosoziale Perspektive verdeutlicht, wie Rassismus die verschiedenen Gesundheitsdimensionen beeinflusst und verstärkt (Kluge et al. 2020: 1020; Pauls 2013: 21). Für Fachkräfte der gesundheitsinformaten psychosozialen Arbeit ist es von großer Bedeutung, die gesundheitsgefährdenden Auswirkungen von Rassismus anzuerkennen, anzusprechen und Maßnahmen zu ergreifen, um gleichberechtigte Teilhabe zu ermöglichen (Afeworki Abay 2022; Akkaya 2019: 10). Die Verwendung des Begriffs Rassismus ist hierbei von großer Bedeutung, da oft *Kultur* als Ersatz verwendet wird, um soziale Ungleichheiten zu rechtfertigen (Textor, Anlaß 2018: 321f). Diese Praxis führt zur Naturalisierung und Pathologisierung von migrantischen Lebenslagen und verstärkt rassistische Denkmuster (Aikins et al. 2021: 134; Textor, Anlaß 2018: 321f). Eine rassismuskritische Perspektive sollte bereits in den Ausbildungen beginnen und Lehrinhalte zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Rassismus beinhalten (Aikins et al. 2021: 143ff). Die Entwicklung rassismuskritischer Handlungskompetenzen ist unerlässlich, um eine angemessene Versorgung für BIPOC Klient*innen sicherzustellen (Saad 2023; Velho 2015).

Um die Wirkweise von Rassismus auf Gesundheit zu verstehen, ist es wichtig, sich bewusst zu werden, wie die eigenen Einstellungen und Handlungen rassistische Strukturen beeinflussen können. Eine rassismuskritische Herangehensweise kann dazu beitragen, soziale Verhältnisse zu analysieren und rassistische Machtverhältnisse zu erkennen. Diese Perspektive eröffnet Möglichkeiten, in verschiedenen Handlungsfeldern, wie beispielsweise der Kinder- und Jugendarbeit, die eigene Involviertheit zu hinterfragen (Melter 2009: 286ff). Eine Auseinandersetzung mit Rassismus ist unerlässlich, um Angebote zu schaffen, die gerechte Teilhabe ermöglichen und die Menschenrechte der Klient*innen wahren (vgl. Melter 2019: 182; Saad 2023). Insofern gilt die Analyse, Einbeziehung und Anerkennung der sozialen Positionierung in Bezug auf Rassismus und anderen Macht- und Herrschaftsverhältnissen als ein essenzieller Schritt, um von da aus zu erkunden, welche Zugänge wo (nicht) gegeben sind und entsprechende Behandlungen/Interventionen zu planen (Saad 2023).

Abschließend bleibt festzuhalten, dass Rassismus krankheitsfördernd ist und eine rassismuskritische Perspektive unerlässlich ist, um gerechte Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Es ist erforderlich, Rassismus als bedeutenden Faktor für Gesundheit anzuerkennen und seine Auswirkungen auf die Gesundheit auf allen Ebenen anzusprechen und anzugehen. Dies erfordert eine kontinuierliche Auseinandersetzung, Weiterbildung und Reflexion auf individueller und institutioneller Ebene.

Im folgenden Kapitel werden persönliche Erfahrungen in der psychosozialen Landschaft geteilt und autoethnografisch aufbereitet. Dabei wird meine Rolle als psychosoziale weibliche Fachkraft of Color, als Lehrperson sowie als Person, die rassistische Diskriminierung erfährt erläutert.

4. Rassismus in der psychosozialen Praxis

In dieser Arbeit wird eine autoethnografische Analyse durchgeführt, die sich auf einen von mir verfassten Essay (siehe Anhang S. 89) stützt, der persönliche Erfahrungen mit Rassismus in der psychosozialen Praxis und Lehre thematisiert. Ziel dieser Analyse ist es, Verbindungen zwischen individuellen Erlebnissen und den größeren gesellschaftlichen Narrativen über Rassismus und psychosoziale Gesundheit herauszuarbeiten. Dieser Ansatz ermöglicht es, durch Reflexivität sowohl die subjektive Dimension meiner Erfahrungen als auch die strukturellen Mechanismen von Rassismus sichtbar zu machen.

Die Arbeit bewegt sich zwischen individuellen Perspektiven und theoretischen Rückschlüssen – ein Wechselspiel, das Wissen und Erfahrung(swissen) miteinander verbindet. Induktive und deduktive Herangehensweisen werden kombiniert: Aus meinen persönlichen Erfahrungen ziehe ich Rückschlüsse auf übergeordnete theoretische Konzepte und validiere zugleich diese Theorien, indem ich ihre Relevanz in der Praxis überprüfe. Durch einen iterativen Ansatz verbinde ich autoethnografische Reflexion mit theoretischen Konzepten, um die Relevanz rassismuskritischer Perspektiven in der psychosozialen Arbeit herauszuarbeiten. Persönliche Erfahrungen und wissenschaftliche Theorien werden gezielt verknüpft, um sowohl individuelle als auch kollektive Dimensionen von Rassismuserfahrungen im Versorgungssystem sichtbar zu machen.

Die nächsten Unterkapitel thematisieren, wie Rassismus auf BIPOC wirkt und sich in psychosozialen Versorgungssystemen manifestiert. Dabei werde ich zentrale Passagen aus meinem Essay einfließen lassen, um meine Erfahrungen offenzulegen. Zudem wird der Frage nachgegangen, welche Rolle fehlendes Wissen in der Lehre und Praxis spielt und welche Rolle dabei BIPOC Fachkräfte häufig übernehmen. Die folgenden Unterkapitel untersuchen detailliert, wie Rassismus die psychosoziale Gesundheit von BIPOC beeinflusst und sich in Versorgungsstrukturen manifestiert. In Kapitel 4.1 wird analysiert, inwiefern institutionelle und strukturelle Rahmenbedingungen rassismuskritische Zugänge erschweren und welche systemischen Hürden dadurch entstehen. Dabei werden zentrale Passagen aus meinem autoethnografischen Essay einfließen, um eigene Erfahrungen offenzulegen und diese mit theoretischen Konzepten zu verknüpfen. Kapitel 4.2 vertieft die Rolle rassismuskritischer Kompetenzen in der psychosozialen Lehre und Praxis, während

Kapitel 4.3 die charakteristische Position von BIPOC-Fachkräften als Schlüsselakteur*innen innerhalb des Systems beleuchtet. Insbesondere wird darauf eingegangen, wie der Mangel an institutioneller Unterstützung zu einer doppelten Belastung führt.

4.1. Critique and Reflection Essay

Reflexivität stellt einen zentralen Bestandteil meiner autoethnografischen Forschung dar. Als psychosoziale Fachkraft of Color bin ich sowohl Subjekt als auch Objekt meiner Forschung, was meine Rolle und Perspektive innerhalb des Forschungskontexts prägt. Die Auseinandersetzung mit meiner eigenen Identität und den damit verbundenen Erfahrungen als Betroffene von Rassismus ermöglicht es mir, die sozialen Strukturen und Machtverhältnisse innerhalb des psychosozialen Arbeitsumfeldes zu hinterfragen.

Ein zentraler Aspekt meiner Reflexion ist die Anerkennung der dynamischen Wechselwirkungen zwischen meiner Rolle als Fachkraft und meiner Erfahrung als von Rassismus betroffene Person. Als psychosoziale Fachkraft of Color trage ich Verantwortung für meine Klient*innen und meine Kolleg*innen, aber auch für die Auseinandersetzung mit den systemischen Problemen, die die psychosoziale Versorgung betreffen. Gleichzeitig bin ich immer wieder mit der Belastung konfrontiert, Rassismus und Diskriminierung zu verarbeiten, ohne dass dies in vielen Fällen von den Institutionen anerkannt oder unterstützt wird.

Die Reflexivität in meiner Arbeit bedeutet daher, dass ich mich nicht nur mit den Ergebnissen meiner Beobachtungen und Erfahrungen befasse, sondern auch mit dem Einfluss, den meine Position als Fachkraft innerhalb eines rassistisch geprägten Systems auf meine Wahrnehmung und Interpretation der sozialen Landschaft hat. In der autoethnografischen Forschung wird die subjektive Perspektive als eine legitime Wissensquelle anerkannt, die nicht nur als Bias – wie oftmals in der Praxis – sondern als wesentlicher Bestandteil des Erkenntnisprozesses verstanden wird (Chang 2008). Diese Perspektive ermöglicht es, die komplexen Wechselwirkungen zwischen der eigenen sozialen Identität und den institutionellen Praktiken zu begreifen und zu reflektieren, wie Rassismus die psychosoziale Praxis und das individuelle Wohlbefinden beeinflusst.

Zudem beinhaltet meine Reflexion die körperliche Dimension des Erlebens. In meiner Praxis erlebe ich immer wieder, wie Rassismus nicht nur auf einer emotionalen und kognitiven Ebene wirkt, sondern auch körperliche Auswirkungen hat – etwa in Form von chronischem Stress, der sich in Müdigkeit, Angstzuständen oder körperlichen Schmerzen manifestiert.

In meiner autoethnografischen Arbeit werde ich weiterhin kritisch hinterfragen, wie die Wissensproduktion in der psychosozialen Arbeit von hegemonialen, rassistischen Normen geprägt ist und wie diese Normen die Ausbildung von Fachkräften beeinflussen. Die systematische Auslassung von rassismuskritischen Ansätzen in der Fachliteratur und Ausbildung führt zu einem Wissen, das marginalisierte Perspektiven und Erfahrungen unsichtbar macht. Dieses fehlende Wissen muss durch die Praxis und das Erfahrungswissen von BIPOC psychosozialen Fachkräften wie mir kompensiert werden, was nicht nur eine zusätzliche Verantwortung, sondern auch eine erhebliche emotionale Belastung darstellt. Die Reflexivität hilft mir, diese Spannung zwischen persönlichem Erleben und beruflicher Praxis zu verstehen und als wertvolle Erkenntnisquelle in meine Forschung sowie in der psychosozialen Praxis einfließen zu lassen.

4.2. Rassismus in der psychosozialen Landschaft

Rassismus in psychosozialen Versorgungsstrukturen stellt eine bedeutende Herausforderung sowohl für Klient*innen als auch für Fachkräfte dar. In diesem Kapitel möchte ich meine persönlichen Erfahrungen als Fachkraft of Color reflektieren, um zu zeigen, wie Rassismus in der Praxis erlebbar wird. Dabei wird untersucht, wie Rassismus sowohl die Versorgung von Klient*innen als auch die Arbeit von Fachkräften beeinträchtigt und welche Auswirkungen diese Diskriminierungen auf das psychosoziale Wohlbefinden haben.

Als BIPOC Fachkraft in einer überwiegend weißen psychosozialen Arbeitsumgebung, sehe ich mich regelmäßig mit rassistischer Diskriminierung konfrontiert – sowohl in direkten als auch subtileren Formen. Diese Erfahrungen treten spätestens besonders deutlich auf, wenn ich Klient*innen zu anderen Institutionen begleite, wie etwa zu Behörden oder medizinischen Einrichtungen. Häufig werde ich nicht als Expertin wahrgenommen, sondern meine Rolle und Kompetenz in Frage gestellt, lediglich aufgrund der Tatsache, dass ich nicht weiß bin. Diese Form der Abwertung führt dazu, dass nicht nur ich, sondern auch meine Klient*innen, die sich in einer ähnlichen

rassifizierten Position befinden, erneut marginalisiert werden. Ein Spannungsfeld: Sekundäre Traumatisierung in beiden Richtungen.

Oftmals wird von mir erwartet, dass ich in meiner Rolle als Fachkraft nicht nur Fachwissen, sondern auch Lösungen für rassismuskritische Praxisansätze liefere. Es passiert immer wieder, dass mir die Verantwortung für das Aufzeigen und die Aufarbeitung von rassistischen Strukturen zugeschrieben wird, ohne dass die nötige Unterstützung und Anerkennung durch das institutionelle System erfolgt. Das Fehlen von Anerkennung und die mangelnde Unterstützung seitens der institutionellen Strukturen schaffen ein Klima, in dem BIPOC Fachkräfte und Klient*innen dauerhaft unter einer unsichtbar gemachten und dethematisierten Last der Verantwortung leiden.

[...]

Community Arbeit:

Therapie von der Therapie

Realitäten abgesprochen,

Verletzung

Reproduktionen

Kulturalisierung

Erklärarbeit

Rassistisch?

Ich

doch nicht.

[...] (Saad 2025: Anhang S. 89)

In der täglichen Praxis zeige sich Rassismus nicht nur in direkten Diskriminierungen oder Mikroaggressionen, sondern auch in der systematischen Verkennung der Bedürfnisse von BIPOC Klientinnen. Die fehlende Sensibilität für die unterschiedliche Hintergründe, Erfahrungen und Bedürfnisse führt zu einer unzureichenden Versorgung, die oft zu einem Vertrauensverlust in die Institutionen führt. Die Auseinandersetzung mit den Erlebnissen von Rassismus und Diskriminierung bleibt häufig unberücksichtigt oder wird nicht aktiv thematisiert.

Oft erlebe ich, wie Klient*innen und Kolleg*innen von mir Expertise in Bezug auf interkulturelle und rassismuskritische Themen erwarten und mir häufig diese Rolle zuschreiben. Jedoch bleibt jegliche Unterstützung im Umgang mit den emotionalen und psychischen Belastungen weg, die diese Themen mit sich bringen. Diese Herausforderungen werden innerhalb der psychosozialen Versorgungsstrukturen nicht adressiert, was zu einem Gefühl der Isolation sowohl auf der Seite der Fachkräfte als auch der Klient*innen führt. Es wird dadurch signalisiert, dass ein Teil nicht richtig ist,

keinen Platz hat (vgl. „My Afro-German story is not welcome here, it is as if i have to cut it from myself“ Kapitel 3.3.).

Die fortwährende Diskriminierung in der psychosozialen Praxis zeigt die tief verwurzelten rassistischen Strukturen, die BIPOC Fachkräfte und Klient*innen systematisch benachteiligen. Die Auseinandersetzung mit Rassismus innerhalb des psychosozialen Feldes muss daher nicht nur als ein Thema für Klient*innen, sondern auch für die Fachkräfte selbst verstanden werden. Es wird deutlich, dass die Integration rassismuskritischer Perspektiven in die Ausbildung und Praxis der psychosozialen Arbeit ist eine fundamentale Notwendigkeit. Dies ist der erste Schritt, um sicherzustellen, dass Fachkräfte in der Lage sind, die Auswirkungen von Rassismus sowohl auf individueller als auch auf struktureller Ebene zu erkennen und entsprechend zu handeln. So kann außerdem sichergestellt werden, dass die Verantwortung nicht nur bei rassifizierten Fachkräften liegt, die dadurch oftmals Auslassungen von rassismuskritischen Kompetenzen in den Aus- und Weiterbildungen kompensieren.

[...]

Ausbildungen,

Zugänge

Prozessbegleitung

Weil zu viel kontinuierlicher Schaden

[...] (Saad 2025 Anhang S.90)

Abschließend ist festzuhalten, dass die Anerkennung von Rassismus als gesundheitsgefährdendem Faktor in der psychosozialen Arbeit nicht nur notwendig ist, um gerechte und gleichberechtigte Teilhabe zu gewährleisten, sondern auch, um die berufliche Praxis nachhaltig zu verändern. Es ist an der Zeit, diese tief verwurzelten rassistischen Strukturen nicht nur in der Praxis zu hinterfragen, sondern sie auch in der Ausbildung von Fachkräften fest zu verankern. Nur so kann eine nachhaltige Veränderung in der psychosozialen Versorgung erreicht werden, die allen Klient*innen gleichermaßen gerecht wird.

4.3. Rassismuskritische Kompetenzen: Lehre und Praxis

Mein psychosozialer Ausbildungsweg in unterschiedlichen (Bildungs)Einrichtungen in Wien war geprägt von einer deutlichen Abwesenheit rassismuskritischer Inhalte. Rassismus wurde entweder oberflächlich oder gar nicht thematisiert, was sich nicht nur auf die Qualität der Ausbildung auswirkte, sondern auch auf meine persönliche und professionelle Entwicklung. Diese Auslassungen führten zu einem Gefühl von Isolation, besonders in Momenten, in denen ich als einzige rassifizierte Person meine Erfahrungen validieren und in den Kontext der psychosozialen Praxis einbringen wollte,- oftmals als einzige rassifizierte Person in den Klassenräumen. Es hat außerdem bedeutet, dass ich diese Auslassungen in meiner eigenen Zeit, jenseits der Ausbildungen und verbunden mit zusätzlichen Kosten, kompensieren musste, indem ich mir relevante Weiterbildungsinhalte organisieren musste.

[...]

Masterarbeit: Aber ist das nicht einseitig?

What about the whiteys?

Defensio: Unterbrechung.

Aber wer sind diese Expert*innen, bitte?

Raus &

Gleichzeitig

Drinne

Lehre

Anerkennung.

[...] (Saad 2025 Anhang S. 90f)

Diese Leerstelle in meiner Ausbildung erforderte eine erhebliche Eigeninitiative. Ich suchte nach Ressourcen jenseits des Curriculums: nächtliche Online-Kurse, internationale Peer-Netzwerke und Selbststudium prägten meinen Bildungsweg. Gleichzeitig wurde mir immer deutlicher, dass diese Lücke systemisch ist. Dieses Erkenntnis brachte mich zu meiner heutigen Rolle als Lehrende, in der ich versuche, diese Leerstelle für andere zu schließen.

Gegen Ende meiner psychosozialen Ausbildung, bin ich auf die Plattform „Wir Sind Auch Wien“ aufmerksam geworden. Heute bin ich Teil dieses Teams, welches Pionier*innenarbeit leistet. Gemeinsam mit Parissima Taheri leite ich diese Initiative, die versucht dieser Dethematisierung in den der Praxis und in den Ausbildungen entgegenzuwirken. Denn auch Parissima Taheri machte ähnliche Erfahrungen: Während ihres Psychologiestudiums wurde ihr ebenfalls klar, dass die

Rassismuserfahrungen und Tools im Umgang mit *racial(ized) trauma* keine Beachtung erhielten. Die Abwesenheit rassismuskritischer Perspektiven können als Fortführung kolonialer Wissenssysteme verstanden werden, die spezifische Subjektpositionen abwerten und marginalisieren (Chawla, Atay 2018).

Heute haben wir ein breites Angebot, um eben diese Lücke zu schließen. Darauf wird in Kapitel 5.3. näher eingegangen. Gemeinsam sind wir auch in der Lehre tätig, und versuchen so die Lücke aufgrund der Dethematisierung von Rassismus in der psychosozialen Praxis und Lehre zu schließen.

Als Lehrende in unterschiedlichen Hochschulen in Wien begegne ich oft einer doppelten Herausforderung: einerseits der Verantwortung, rassismuskritisches Wissen in die Lehre einzubringen, andererseits der subtilen und manchmal direkten Abwertung meiner Expertise durch die akademische Struktur. Diese Abwertungen manifestieren sich häufig in defensivem Verhalten von Studierenden, insbesondere wenn es um die Auseinandersetzung mit rassismuskritischen Inhalten und eigener Verantwortlichkeit geht. Ich habe mehrfach erlebt, wie Studierende kritisch und emotional auf die Thematisierung von Rassismus reagierten, sei es durch Ablehnung oder durch die Relativierung der Problematik:

[...]
Welch Disrespekt.
Hose anziehen,
Videos schauen,
Sekundäre Rassismuserfahrung
We gave you the names.
Entitlement.
“Alles is sooo spannend”
All white Studi-Gruppe.
What happened?
[...] (Saad 2025 Anhang S. 90)

Dieses Verhalten spiegelt die tieferliegende Dynamik der akademischen Struktur wider, die sowohl Studierenden als auch Lehrenden wenig Raum für die Bearbeitung von Rassismuserfahrungen lässt. Weder gibt es ausreichende Unterstützung für Studierende, die Rassismuserfahrungen machen müssen, noch werden Lehrende in ihrer Arbeit mit diesen komplexen Themen systematisch unterstützt. Diese institutionelle Untätigkeit erschwert nicht nur die Vermittlung von Inhalten, sondern trägt auch dazu bei, dass Lehrende wie ich in ihrer Arbeit mit Studierenden oft ohne

Rückhalt oder Unterstützungsstrukturen agieren müssen. Auch ich als Lehrende erfuhre in solchen Kontexten Abwertung und Infragestellung meiner Expertise.

[...]

Strukturell:

Wir übernehmen zu viel.

Konzeptionsarbeit

0 Wertschätzung

emotional tax

0 Wertschätzung

Supervision

Emotional support für die Studis

0 Wertschätzung

Überverantwortlichung

Bildungseinrichtung

Schreibt es sich auf die Fahne

[...] (Saad 2025 Anhang S. 91)

In meiner Rolle als Lehrende sehe ich mich verantwortlich, diese strukturellen Lücken zu füllen, obwohl dies oftmals eine Belastung darstellt. Es erfordert nicht nur die Vermittlung fachlicher Inhalte, sondern auch viel dethematisierte und unsichtbar gemachte emotionale Arbeit, Abwehrreaktionen der Studierenden aufzufangen und einen Raum zu schaffen, der Reflexion und Auseinandersetzung ermöglicht. Emotionale Arbeit entsteht auch dort, wo BIPOC Studierende in den Lernräumen reflexive Prozesse der Aufarbeitung machen. Oftmals ist in den Studierendengruppen bereits viel rassistischer Schaden entstanden, der im Rahmen der Lehrveranstaltungen hochkommt und Raum braucht. So kommt es supervidierender Arbeit, die einerseits nicht offiziell Teil des Lehrauftrags, die andererseits uns unser Verantwortungsgefühl verunmöglicht unbeachtet zu lassen. Daraus entsteht oftmals doppelte und manchmal dreifache Arbeit.

In der Lehrtätigkeit versuche ich, auf Methoden zurückzugreifen, die nicht nur Wissen vermitteln, um einen Bruch mit hegemonialer und oftmals kolonialer Wissen(schafts)vermittlung zu erzielen (Linklater 2024; Smith 2012). Ziel ist es so auch die Subjektivität und Reflexivität der Beteiligten zu aktivieren. Selbstreflexion als disruptives Werkzeug hat sich in meiner Praxis als wirksam erwiesen: Studierende dazu anzuregen, ihre eigenen Positionen kritisch zu hinterfragen, ist oft der erste Schritt, um eine Sensibilisierung für rassistische- und diskriminierungskritische Perspektiven zu schaffen. Gleichzeitig ist es ein Versuch, dem Abwertungskreislauf

entgegenzuwirken, indem ich die Subjektivität – sowohl meine eigene als auch die der Studierenden – sichtbar mache und validiere.

Das ist oftmals ein emotionaler Aufwand. *Emotional tax* bezeichnet die emotionale und kognitive Belastung, die BIPOC Personen aufgrund der Notwendigkeit tragen, Rassismus zu überwinden und zu bearbeiten. In der sozialen Arbeit und in anderen psychosozialen Berufen bedeutet dies, dass BIPOC Fachkräfte oft zusätzlich zu ihrer beruflichen Verantwortung auch eine ‚Emotionsarbeit‘ leisten müssen, die von Kolleg*innen und Klient*innen nicht immer wahrgenommen wird (Aikins et al. 2021). Mehrfachbelastung entsteht, indem BIPOC psychosozialen Fachkräften emotionalen und mentalen Stress aufbürdet und sich auch in körperlichen und psychischen Symptomen niederschlägt, wie im folgenden Kapitel 4.3. erläutert wird. Denn die fehlende Thematisierung von Rassismus in der Lehre führt zu doppelter und oft unsichtbarer Arbeit für rassifizierte Lehrende. Neben der Vermittlung von Fachwissen wird emotionale Arbeit geleistet: die Abwehrreaktionen der Studierenden werden aufgefangen, während gleichzeitig Räume für Reflexion geschaffen werden. Abwehrreaktionen kommen gehäuft dort vor, wo Personen in ihren Werten und Haltungen herausgefordert werden beziehungsweise sich herausgefordert fühlen (Ogette 2017: 27f).

Die Arbeit als rassifizierte Lehrende in einer überwiegend weißen akademischen Struktur erfordert nicht nur Fachwissen, sondern auch die Fähigkeit, mit Abwertung und Ablehnung umzugehen. Trotz der Belastungen, die diese Arbeit mit sich bringt, sehe ich ihre Bedeutung in der Schaffung einer Bildungspraxis, die rassismuskritische Perspektiven integriert und sowohl Studierende als auch Lehrende in ihrer Subjektivität anerkennt. Diese Praxis ist ein notwendiger Schritt, um die bestehenden Lücken in der psychosozialen Ausbildung zu schließen und langfristige Veränderungen in der Lehre und Praxis anzustoßen.

Dieses Kapitel zeigte auf, wie die fehlende Integration rassismuskritischer Inhalte in psychosozialen Ausbildungsstrukturen zu systemischen Lücken führt, die sowohl Studierende als auch Lehrende belasten. Gleichzeitig birgt die Arbeit als rassifizierte Lehrende das Potenzial für transformative Bildungsprozesse, die durch Selbstreflexion und Validierung unterstützt werden. Dennoch bleibt die Notwendigkeit, institutionelle Veränderungen voranzutreiben, um langfristige und nachhaltige Verbesserungen zu erreichen. Denn nur so kann sichergestellt werden, dass rassifizierte Lehrpersonen

nicht ausbrennen, aufgrund der Mehrfachbelastungen, die im folgenden Kapitel veranschaulicht werden.

4.4. BIPOC psychosoziale Fachkraft: zwischen Belastung und Schlüsselrolle

[...]

Zwischen den Rollen

Zwischen

Anerkennung

Aberkennung

Abwertung

Und stehts mehrfache Rollen

Mehr/fache Belastung

Verantwortung

Wissen

Schmerz

[...] (Saad 2025 Anhang S. 93)

In meiner Arbeit als BIPOC Fachkraft bin ich oft in einer paradoxen Position zwischen Anerkennung und Aberkennung, zwischen Wertschätzung und Abwertung. Diese Widersprüche manifestieren sich in meiner Rolle als Expertin, die gleichzeitig als ‚betroffene Person‘ wahrgenommen wird. Manchmal wird mir Handlungsfähigkeit zugesprochen, etwa wenn eine Information relevant ist, oder wenn sich Mitarbeiter*innen mein OK holen wollen. In diesen Momenten werde ich essenzialisiert und zur Repräsentantin einerseits für alle rassifizierte Personen gemacht und gleichzeitig auch zur *spokesperson* über Rassismus und Diskriminierung. Bezeichnend ist, dass mir diese Rolle weggenommen wird, sobald ich etwas Kritisierendes sage, das problematische Strukturen aufzeigt und herausfordert. Dadurch wird sichtbar, wo und wer die Macht hat: Meine Rolle in diesem System ist zu hohem Grad abhängig von den Menschen, die sie mir geben. Bin ich im Einklang mit hegemonialen Praktiken und Gedanken, bin ich Teil. Werde ich zu laut oder kritisch, wird mir anhand unterschiedlichster Vorgangsweise, Expertise und die vorher zugeschriebene Rolle abgesprochen. Das passiert beispielsweise, indem meine Subjektivität instrumentalisiert wird, sodass sie meine Aussagen und Positionen abwertet:

[...]

Whiteness defines roles

Whiteness defines when and what you are.

Whiteness rules

Over

Racialized bodies

Regardless of

Social location

[...] (Saad 2025 Anhang S. 92)

Diese wechselseitige Wahrnehmung und Zuschreibung (Teil oder nicht Teil, Expertin oder nicht) führt zu einer ständigen Mehrfachbelastung: Einerseits trage ich Verantwortung für die Fachlichkeit und das Wissen, das ich weitergebe, andererseits muss ich den Schmerz und die Emotionen aus eigener Erfahrung verarbeiten. Diese ständige Balance zwischen diesen widersprüchlichen Rollen prägt nicht nur meine berufliche Praxis, sondern auch mein emotionales Wohlbefinden und meine professionelle Identität. Einerseits ist es ein hoher *emotional tax* damit verbunden, andererseits geht damit eine besondere Form von *double consciousness* einher. Letzteres beschreibt, wie in der Einleitung bereits erwähnt, wie rassifizierte Menschen sich gleichzeitig durch die eigene Perspektive und durch den Blick der Mehrheitsgesellschaft wahrnehmen müssen.

Diese Mehrfachbelastung ergibt sich auch daraus, dass das fehlende rassismus- und diskriminierungskritische Wissen oft kompensiert wird. Das ist nicht nur mein individueller Fall, sondern relativ weitläufig so. Hier passiert eine Verschiebung von Verantwortung: rassifizierte Personen, und Personen die intersektional diskriminiert werden, verfügen über Erfahrungswissen, das im hegemonialen Kanon marginalisiert ist. Es ist somit für eine breite Masse an Menschen, auch psychosoziale Fachkräfte, nicht zugänglich. Dieses Wissen ist einerseits Erfahrungswissen, aber auch Wissen, das mühsam und jenseits von Ausbildungen, die psychosoziale Fachkräfte eigentlich auf die Arbeit vorbereiten sollten angeeignet wird. In meinem Fall habe ich mich für diverse Lehrgänge aus den USA eingeschrieben, in der Nacht Kurse online besucht, viel im Selbststudium gelernt, recherchiert und mit internationalen Peergroups ausgetauscht. Ein großer Teil, des Wissens in meiner Ausbildung war entweder kaum brauchbar, oder bedarf der Anpassung, sodass es für meine Zielgruppe anwendbar

ist. Auch das ist ein Prozess, mit dem viel *emotional tax* einhergeht. Es bedarf einerseits oftmals der Konfrontation damit, was diese Auslassungen in den Ausbildungen bedeuten, nicht nur rational, sondern anhand von Erfahrungen in der Praxis mit den Menschen, die erster Hand von diesen Auslassungen Schaden tragen, – als Person, der ebenfalls direkt daraus Schaden entsteht. Oft hatte ich das Gefühl, verantwortlich zu sein für meine Studienkolleg*innen und auch später Arbeitskolleg*innen. Ich sehe durch meine Community Arbeit bei „Wir Sind Auch Wien“, in meiner Lehrtätigkeit, durch Gespräch mit befreundeten Personen und in der Familie, am eigenen Leib, was diese Auslassungen anstellen können. Also bleibt oft nichts übrig, als Verantwortung zu übernehmen für ein System, das dies systematisch auslöst, dethematisiert und für unwichtig erklärt. Verantwortung für mich und für uns. Verantwortung, die nicht meine ist und viel kostet. Verantwortung, die auf meine und unsere Kosten ist. Wir, die wir, rassifiziert und psychosozial tätig sind. Wir, die wir intersektionale Diskriminierung und psychosoziale Arbeit mit Menschen navigieren. Verantwortung, die nicht unsere ist und schwer schwiegt. So schwer wiegt, dass es für sie keinen passenden Ort gibt.

Wohin damit? Supervision bei Menschen, die ebenfalls dieses Wissen nicht haben? Und erneut fängt der Kreislauf der Verantwortlichung an. Wissensvermittlung in der Supervision für alle jene, die nach mir kommen. Sodass diese supervidierende Person weniger Schaden anrichtet. Nochmal: auf meine Kosten. Und es wird weiterhin getragen. Zwischendurch mal mehr, mal weniger krankmachend. Auf lange Sicht eindeutig: g e s u n d h e i t s s c h ä d i g e n d. So wird *emotional tax* zu *physical tax*. *racial battle fatigue*, es gibt kaum eine treffendere Bezeichnung für diesen andauernden Kampf, der ermüdend ist und sich auf vielzählige Arten und Weisen in die Körper hineinschweiß. Für mich als BIPOC Fachkraft bedeutet dies, dass das ständige Navigieren durch rassistische Strukturen nicht nur zu einer ständigen emotionalen Belastung führt, sondern auch zu physischen Auswirkungen auf meine Gesundheit.

Aktuell arbeite ich mit Jugendlichen, als jüngste und einzige Person of Color im Team. Angefangen bei meinem Bewerbungsgespräch, wo mich die Empfangspersonen als Jugendliche einordneten, und lange Zeit brauchten, bis wirklich ankam, dass ich eine potentielle neue Mitarbeiterin bin, bis hin zu Personen, die verwirrt sind über mich als Begleitperson der Jugendlichen, gibt es viele Momente, die veranschaulichen, dass ich eine Störung in diesem System bin. Auch die Jugendlichen selbst, sind manchmal

überrascht, dass ich eine Fachkraft in dieser Struktur bin, und keine Person, die dieses Angebot in Anspruch nimmt. Was sagt das aus? In diesem weißen Team übernehme ich auch Verantwortung für meine Kolleg*innen und ihre Reproduktionen von rassistischen Äußerungen und Denkweisen. Auch dies ist nicht meine Verantwortung. Oftmals kompensiere ich fehlende Strukturen in meiner Arbeitsstelle, die dafür sorgen, dass es Konsequenzen gibt, wenn den Jugendlichen gegenüber rassistisch und/oder diskriminierend gehandelt wird. Mitarbeiter*innen und Kooperationspartner*innen sind indem auch diskriminierend mir gegenüber. Auch dies stellt eine zusätzliche Belastung dar, die ebenfalls den *emotional tax* vervielfacht:

[...]

Jugendarbeit

Wow, what in the
Shitshow is this.

Komm einmal als jüngste Mitarbeiterin

Of Color

in dieses gewaltvolle System:

„Wir wollen nicht bekehrt werden!“

„Ihr wisst ich bin als Coachin hier.“

„Ja, aber diskriminierst du jetzt alle weißen Leute,
weil nur 1

Ungut war?“

„Ich bin nicht eure Diversitybeauftragte, wisst ihr das?“

Un/Sympathien

Pendeln.

Verantwortung

Parteilichkeit

Expertise

Anerkennung

Gleichzeitige Aberkennung

Reproduktionen

Jugendliche

Zukunft

Zuschreibung

Verantwortung

X kann das, weil X X ist?

Expertin aber ohne Expertise.

Zielscheibe

[...] (Saad 2025 Anhang S. 91)

Aufgrund meiner Positionierung und meines Erfahrungswissens verfüge ich über Zugänge, die andere Mitarbeiter*innen nicht haben. Ich habe Anknüpfungspunkte und

Identifikationsmöglichkeiten mit den Jugendlichen. Eine tiefergehende Form von Beziehungsarbeit ist möglich, die viel Potenzial bietet und sehr bestärkend ist – ein Motor in all dieser Navigation. Ein großer Teil meiner Arbeit besteht auch darin, Glaubenssätze, die die Jugendlichen durch ihre schulische Laufbahn und die Lehrpersonen verinnerlicht haben, aufzubrechen. Dies gestaltet sich besonders schwierig, da viele dieser Gläubenssätze von anderen Kolleg*innen ebenfalls verstärkt werden. Dass Rassismus in der Schullaufbahn verheerende Wirkungen etwa auch auf die Perspektiven und Zukunftsgestaltung hat, geht aus dem Afrozensus hervor (Aikins et al 2021: 183f). (Wie Rassismus in/und Bildung wirkt, wurde in Kapitel 2.3. herausgearbeitet.) Mit Jugendlichen aus diesen Berichten arbeite, und darf sehen und mittragen, welche Auswirkungen Rassismus im Individuellen hat. In meiner Arbeit in einer Ausbildungsmaßnahme für Jugendliche, die aus diversen Gründen keine Schule mehr besuchen, wird ausgeblendet, dass Diskriminierung und Rassismus mitunter die häufigsten dieser diversen Gründe sind. Das stärkste Tool meiner Arbeit ist Validieren. Die Erfahrungen dieser Jugendlichen validieren und anerkennen und ein Stück weit auch meine eigenen vergangenen und aktuellen Erfahrungen validieren. Denn oftmals passieren zusätzlich *sekundäre Rassismuserfahrungen* durchgehend (Fereidooni 2016: 45). Denn in Anlehnung daran, ist das Absprechen von erlebten Rassismuserfahrung, ist nicht nur in sich eine erneute (sekundäre) Rassismuserfahrung, sondern kann traumatisch wirken, indem gewaltvoll die eigene Realität abgesprochen wird (vgl. Kapitel 3.3.).

Die Theorie der sekundären Traumatisierung beschreibt, wie die direkte Konfrontation mit den traumatischen Erfahrungen anderer Menschen eine ähnliche, wenn auch weniger intensive Traumatisierung verursachen kann. In meinem Fall sind die kontinuierlichen Begegnungen mit den traumatischen Auswirkungen von Rassismus auf meine Klient*innen immer wieder eine emotionale Belastung. Diese indirekten Erfahrungen führen zu einem verstärkten *emotional tax*, der sich auf meine körperliche und psychische Gesundheit auswirkt. Besonders herausfordernd wird diese Dynamik, wenn das Wissen um rassistische Diskriminierung und die Notwendigkeit, diese systematisch anzugehen, im beruflichen Umfeld nicht anerkannt wird. Die sekundäre Traumatisierung verstärkt sich, wenn ich die diskriminierenden Erlebnisse meiner Klient*innen begleite und miterlebe, ohne sie selbst direkt zu erfahren. Dennoch beeinflussen diese Erlebnisse mein eigenes emotionales Wohlbefinden. Rassistische Handlungen und Diskriminierungen, die meine Klientinnen erfahren, lassen sich nicht

immer von meinem eigenen Erleben als Person of Color, die ständig in einem rassistischen Umfeld arbeitet, trennen.

Oftmals bin ich gefordert, zusätzlich zu meiner fachlichen Expertise auch emotionale Arbeit zu leisten, die weder in der Ausbildung noch in den strukturellen Rahmenbedingungen des Arbeitsumfeldes vorgesehen ist. Diese Arbeit bleibt vielfach unreflektiert und ungewürdigt. Die Verantwortung, rassistische Diskriminierung innerhalb des Arbeitsumfeldes zu adressieren, wird oft implizit mir zugeschrieben. Doch das Wissen, das notwendig wäre, um diesen Strukturen entgegenzutreten, wird mir nicht automatisch zugestanden. Im Gegenteil, es wird teilweise als ‚zuviel oder zu konfrontativ‘ wahrgenommen, was die Verantwortung noch weiter auf mich als Einzelperson abwälzt. Ein Kreislauf.

Dieses Kapitel hat verdeutlicht, wie die Rollen von BIPOC psychosozialen Fachkräften durch wiederkehrende Mehrfachbelastungen geprägt sind. Diese Mehrfachbelastung manifestiert sich in der täglichen Arbeit als Expert*in und gleichzeitig als von rassistischer Diskriminierung betroffene Person, was zu einer dauerhaften emotionalen und physischen Belastung führt. Die Kombination aus der Verantwortung für Fachwissen und dem ständigen Umgang mit den Auswirkungen von Rassismus auf andere führt zu einer kontinuierlichen Konfrontation mit sekundären Rassismuserfahrungen und der damit möglichen sekundären Traumatisierung. In der Praxis bedeutet dies eine enorme Belastung, da diese Verantwortung und das Fachwissen oft in einem System arbeiten müssen, das selbst die strukturellen und rassistischen Probleme nicht anerkennt. Diese Dethematisierung und die Auswirkungen auf die biopsychosoziale Gesundheit wurden in Kapitel 3 diskutiert.

BIPOC Fachkräfte in der psychosozialen Arbeit entwickeln durch ihre eigenen Erfahrungen mit Rassismus eine erhöhte Sensibilität für Diskriminierung und benachteiligende Strukturen. Diese erhöhte Wahrnehmung macht es möglich, rassistische und diskriminierende Dynamiken schneller zu erkennen und gezielt Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln. Gleichzeitig entstehen durch das Fehlen rassismuskritischer Inhalte in diversen biopsychosozialen Ausbildungen zusätzliche Belastungen, da dieses Wissen eigenständig angeeignet werden muss, was nicht nur anspruchsvoll für die Arbeit, sondern auch für das emotionale Wohlbefinden ist. Diese Mehrfachbelastung führt zu einem erhöhten Verantwortungsgefühl, das oft mit der Rolle eines Auffangnetzes für Klient*innen verbunden ist, die von anderen Fachkräften

verletzt wurden. Das Fehlen angemessener Ausbildung und die zusätzliche Verantwortung erzeugen eine gesteigerte Belastung¹⁰. (Saad 2022: 74f) Diese Dynamik verdeutlicht die Notwendigkeit, rassismuskritische Perspektiven in der Ausbildung und der beruflichen Praxis zu verankern, um die Gesundheit von BIPOC Fachkräften zu schützen und nachhaltige Veränderung zu bewirken.

Abschließend kann Kapitel 4 insofern zusammengefasst werden, als dass die Anerkennung von Rassismus als gesundheitsgefährdendem Faktor für BIPOC in der psychosozialen Arbeit von zentraler Bedeutung ist, um gerechte und gleichberechtigte Teilhabe zu ermöglichen. Der Mangel an rassismuskritischen Perspektiven in Ausbildungsstrukturen und die damit verbundenen Lücken in der Fachkompetenz erschweren nicht nur die Arbeit von BIPOC Fachkräften, sondern haben auch negative Auswirkungen auf die biopsychosoziale Gesundheit und die Qualität der Versorgung. Besonders BIPOC Fachkräfte übernehmen eine doppelte Verantwortung: Einerseits müssen sie ihre eigenen Rassismuserfahrungen verarbeiten, andererseits sind sie aufgrund der eigenen Expertise und Sensibilität für rassistische Diskriminierung oftmals verantwortlich, diese Themen in der Praxis zu adressieren. Diese Verantwortung ist jedoch mit einer hohen emotionalen Belastung verbunden, die aufgrund der fehlenden strukturellen Unterstützung und dem mangelnden Wissen über Rassismus noch verstärkt wird.

Im nächsten Kapitel werden widerständige Praxen und dekoloniale Ansätze in der Trauma- und psychosozialen Arbeit erläutert. Dabei wird der Frage nachgegangen, wie Rassismus und Kolonialität in der Praxis bearbeitet werden können, um eine gerechtere und inklusivere psychosoziale Versorgung zu ermöglichen. Dabei werden intersektionale Perspektiven und das Potenzial von Community-Angeboten diskutiert, die eine transformative Funktion in der psychosozialen Arbeit ausüben können.

¹⁰ Das zeigen die Forschungsergebnisse meiner ersten Masterarbeit (Saad 2022).

5. Ausbruchsmomente: Zwischen Dethematisierung und widerständiger Praxis

Die vorliegende Masterarbeit erforscht die Auswirkung von Rassismus auf Gesundheit. Das vorliegende Kapitel widmet sich Ausbruchsmomenten aus rassistischen und kolonialen Praktiken und somit der Frage, wie Trauma- und psychosoziale Arbeit jenseits von ebendiesen Logiken konzipiert werden kann und welche praxistauglichen Modelle hierfür existieren. Dabei wird untersucht, wie rassismuskritische Kompetenzen in der psychosozialen Ausbildung, Praxis und Forschung vermittelt werden und welche Rolle Community-basierte Angebote in diesem Kontext spielen. Besonders im Fokus stehen praktische Ansätze und Initiativen, die dazu beitragen können, rassistische und koloniale Strukturen in der psychosozialen Arbeit zu überwinden und einen inklusiven, gerechteren Zugang zu Gesundheitsdiensten zu ermöglichen. Als Beispiel hierfür wird meine Arbeit im Rahmen von „Wir Sind Auch Wien“ in Kapitel 5.2. reflektiert. Die Bedeutung von Intersektionalität als grundlegendem Konzept für die psychosoziale Arbeit wird anschließend in Kapitel 5.3. beleuchtet, um zu zeigen, wie eine differenzierte Betrachtung von Mehrfachdiskriminierungen und sozialen Ungleichheiten eine ganzheitliche und gerechte Praxis fördern kann. In diesem Zusammenhang werden konkrete Beispiele und Reflexionen zur Anwendung von intersektionalen Ansätzen in Form eines intersektionalen Reflexions- und Assessment-Tool vorgestellt, das Fachkräften helfen kann, ihre Praxis in einem intersektionalen Kontext zu verorten und anzupassen.

5.1. Traumaarbeit dekolonialisieren

Das vorliegende Kapitel befasst sich mit dem Konzept der dekolonialen Trauma- und psychosozialen Arbeit und untersucht, wie dieser Ansatz jenseits von kolonialen und rassistischen Logiken konzipiert und umgesetzt werden kann. Es folgt eine Einführung in das Konzept und im Anschluss autoethnografische Reflexionen zur eigenen Praxis.

Ein zentrales Prinzip der dekolonialen Traumaarbeit ist die Anerkennung historischer und systemischer Traumata, bei der die Auswirkungen von Kolonialismus und Rassismus auf die individuelle und kollektive Gesundheit explizit hervorgehoben werden. Im Gegensatz zu westlichen Therapieansätzen, die Trauma oft als individuelles Problem betrachten, versteht die dekoloniale Perspektive Trauma als natürliche Reaktion auf untragbare soziale Bedingungen. (Mullan 2023: 45) Diese

Sichtweise erfordert eine kritische Reflexion der politischen und sozialen Ursachen von Trauma und deren Einfluss auf individuelles und kollektives Wohlbefinden.

Dekoloniale Traumaarbeit verbindet individuelles und kollektives Trauma mit dessen historischen und sozialen Kontexten. Sie hinterfragt eurozentrische Therapieansätze, die systemische Gewalt pathologisieren, und hebt stattdessen die kollektiven und historischen Dimensionen von Trauma hervor. In diesem Ansatz wird Trauma nicht isoliert betrachtet, sondern als Folge struktureller Gewalt, die über Generationen hinweg weitergegeben wird. (Ahsan 2020: 49; Mullan 2023: 35; Linklater 2014) Diese Perspektive ist essenziell für nachhaltige Heilungsprozesse, die nicht nur Symptome lindern, sondern auch die tieferliegenden sozialen Ursachen angehen.

Die Praxis dekolonialer Traumaarbeit bricht mit traditionellen Modellen, indem sie Trauma als Reaktion auf soziale Ungerechtigkeit begreift, statt es zu pathologisieren (Ahsan 2020; Mullan 2023: 45f). Sie fordert eine Abkehr von eurozentrischen Normen und eine ganzheitliche Betrachtung von Trauma in seiner historischen und sozialen Dimension. Fachkräfte sind dabei gefordert, ihre eigene Position innerhalb kolonialer und rassistischer Strukturen zu reflektieren, um gleichwertige therapeutische Beziehungen zu schaffen und strukturelle Ungleichgewichte abzubauen (Mullan 2023: 81).

Ein weiterer zentraler Aspekt der dekolonialen Traumaarbeit ist die gemeinschaftszentrierte Heilung, bei der der Heilungsprozess nicht nur als individuelle Erfahrung, sondern als gemeinschaftlicher Akt verstanden wird. Heilung in diesem Kontext wird durch Solidarität, kollektive Verantwortung und gegenseitige Unterstützung gefördert. Die Idee, dass marginalisierte Gemeinschaften über generationenübergreifende Heilressourcen verfügen, ist von zentraler Bedeutung. Diese kollektiven Heilmethoden können in die psychosoziale Praxis integriert werden, um Resilienz zu stärken und das kollektive Wohl zu fördern. In meiner Praxis habe ich wiederholt erlebt, wie kraftvoll es ist, diese dekolonialen Prinzipien anzuwenden, insbesondere in Gruppensettings, in denen Gemeinschaft und Solidarität in den Vordergrund gestellt werden. Die Integration von gemeinschaftlichen Heilungspraktiken hilft, das Gefühl der Entfremdung zu überwinden und eine stärkere kollektive Widerstandskraft aufzubauen. So wird Trauma nicht nur als individuelles, sondern auch als kollektives Phänomen verstanden, das in einem größeren sozialen Kontext verankert ist. (Mullan 2023: 42; Murray-Browne 2021: 4)

Darüber hinaus wird in der dekolonialen Traumaarbeit die Rückbesinnung auf ancestrales Wissen betont, indem indigene und nicht-westliche Heilmethoden in den therapeutischen Prozess integriert werden. Diese Praktiken fördern eine holistische Sicht auf Heilung, die den Körper, Geist und die Gemeinschaft einbezieht. Die Integration dieser Methoden ist nicht nur eine Anerkennung indigener Wissenssysteme, sondern auch ein Versuch, den Entfremdungsprozess zu verringern, den viele rassifizierte Klient*innen in westlichen Therapiesystemen erleben (Ahsan 2020: 50; Mullan 2023: 51). Die Praxis dekolonialer Traumarbeit erfordert die aktive Einbindung solcher kulturellen Heilmethoden und kollektiver Ansätze, die in der therapeutischen Arbeit Sicherheit schaffen und gleichzeitig hierarchische Machtverhältnisse innerhalb der therapeutischen Beziehung aufbrechen. (Murray Browne 2021: 4).

Dekoloniale Traumaarbeit ist jedoch kein statisches Konzept, sondern ein dynamischer Prozess, der ständiger Reflexion und Anpassung bedarf: „Decolonizing therapy is a lifelong commitment to justice, equity, and truth.“ (Mullan 2023: 89) Die Integration dieser Ansätze in die psychosoziale Praxis ist ein entscheidender Schritt, um nicht nur individuelle Heilung zu ermöglichen, sondern auch die strukturellen Bedingungen zu verändern, die Trauma aufrechterhalten.

In meiner eigenen Praxis als psychosoziale Fachkraft, Forschende und Lehrperson habe ich wiederholt festgestellt, dass konventionelle psychosoziale Arbeit häufig die spezifischen Erfahrungen rassifizierter Personen ausblendet. Deshalb versuche ich dekoloniale Ansätze aktiv aufzunehmen, die über individualisierende therapeutische Haltungen hinausgehen und tief verwurzelte gesellschaftliche Strukturen in ihrem Einfluss und Auswirkung auf biopsychosoziale Gesundheit anerkennen. Ein wesentlicher Bestandteil meiner Praxis ist demnach die Validierung der Erfahrungen meiner Klient*innen, besonders im Hinblick auf Rassismus. Bei Erfahrungen, die häufig von rassistischen Strukturen geprägt sind, ist es entscheidend, einen Raum zu schaffen, in dem Rassismus anerkannt wird, ohne dass er pathologisiert oder relativiert wird. Die Anerkennung von Rassismus als realem und bedeutendem Erlebnis ist für die Klient*innen von zentraler Bedeutung, um deren Erfahrungen zu validieren und zu stärken. Diese Praxis wird nicht nur als therapeutischer Akt, sondern auch als heilender Schritt betrachtet, da sie Klient*innen hilft, ihre Erlebnisse als authentisch zu akzeptieren, ohne dass sie von außen abgewertet werden. Dies ist besonders wichtig, da die Anerkennung von Rassismus als gesundheitsgefährdendem Faktor zu einer

ganzheitlicheren Betrachtung von Trauma und Heilung führt, die nicht nur die Symptome, sondern auch die gesellschaftlichen Ursachen des Traumas berücksichtigt (Ahsan, 2020; Mullan, 2023). Eine solche Anerkennung bleibt jedoch oftmals fern, sowohl in der Lehre als auch in der Praxis. Insofern ist es auch ein zentrales Tool, dass ich Studierenden als Lehrperson mitgebe: Validierung als etwas Basales und Banales und gleichzeitig Bahnbrechendes aufgrund der starken Dethematisierung von Rassismus, wie in Kapitel 3 und 4 dargelegt wurde.

Ein weiterer wichtiger Aspekt in meiner Praxis ist die Schaffung von Gemeinschaftsräumen für Klient*innen. Insbesondere in Gruppenangeboten habe ich die Möglichkeit, das Gefühl von Entfremdung zu überwinden und eine kollektive Widerstandskraft aufzubauen. Wenn Klient*innen erkennen, dass ihre Rassismuserfahrungen nicht isoliert sind, sondern Teil eines größeren gesellschaftlichen Kontextes von Ungleichheit und Unterdrückung, entsteht ein starkes Gefühl der Solidarität, Gemeinschaft und der Resilienz. Diese kollektive Erfahrung stärkt nicht nur die individuelle Heilung, sondern fördert auch den Widerstand gegen strukturelle Gewalt, indem sie Klient*innen hilft, sich als aktive Akteur*innen ihrer Heilung und ihres Widerstandes zu verstehen. Dies gilt als ein zentrales Tool von dekolonialer Traumaarbeit, die Individualisierung entgegenwirkt (Mullan 2023: 102; Murray-Browne 2021: 4). Durch die Gemeinschaft wird die individuelle Heilung nicht nur unterstützt, sondern auch in einen politischen und sozialen Kontext eingebettet, der die Macht von Diskriminierung und Rassismus sichtbar macht und erste Schritte Richtung Transformation ermöglicht (Mullan 2023: 60; Murray-Browne 2021: 19). In meiner eigenen Arbeit mit Klientinnen, insbesondere in Gemeinschaftsangeboten, habe ich immer wieder erlebt, wie der Einsatz somatischer Praktiken und kollektiver Rituale dabei hilft, den Heilungsprozess auf körperlicher und emotionaler Ebene zu unterstützen. Auch dies deckt sich mit den Ansätzen von dekolonialer Traumaarbeit. Die Verknüpfung von Gemeinschaftsräumen, Community und widerständiger Praxis wird in Kapitel 5.2. erläutert.

Ein zentrales Thema meiner Arbeit ist auch das Erkennen und die Auseinandersetzung mit anhaltendem *racial(ized) trauma* und sekundären Rassismuserfahrungen, die entstehen, wenn Rassismus entweder nicht erkannt oder abgesprochen wird. In vielen Fällen sehen sich BIPOC mit einer Situation konfrontiert, in der ihre Erlebnisse von Rassismus nicht nur nicht anerkannt werden, sondern aktiv negiert oder relativiert werden,– auch in therapeutischen und psychosozialen Kontexten. Diese sekundäre

Traumatisierung, die entsteht, wenn die Realität von Rassismus und dessen Auswirkungen abgesprochen wird, verstärkt den emotionalen Stress und die Belastung der Betroffenen und führt zu einem Gefühl der Isolation und des Misstrauens gegenüber den Unterstützungssystemen (Ahsan 2020; Aikins et al 2021). Diese Erfahrungen der sekundären Traumatisierung sind tiefgreifend und können zu einer erneuten Re-Traumatisierung führen, wenn sie nicht anerkannt werden (vgl. Kapitel 3.3.). Daher ist es in der Arbeit mit Klient*innen von zentraler Bedeutung, Erfahrungen mit Rassismus nicht nur zu validieren, sondern sie auch als Teil eines größeren gesellschaftlichen Kontextes, der mentalen und physischen Belastungen verstärken kann sowie einschränkend auf psychosoziale Dienstleistungen wirken kann, zu verstehen und einzubetten.

In der Reflexion meiner eigenen Position als psychosoziale Fachkraft wird deutlich, wie wichtig es ist, diese Lücken in der Anerkennung und im Verständnis von Rassismus und seinen Auswirkungen zu schließen. Es ist dafür von entscheidender Bedeutung, dass Fachkräfte sich der strukturellen und institutionellen Barrieren bewusst sind, die den Zugang zu Hilfe und die Heilung von Rassismus-bedingtem Trauma erschweren. Nur durch die Anerkennung und Validierung dieser Erfahrungen kann eine wirksame Heilung stattfinden, die nicht nur individuell, sondern auch kollektiv und gesellschaftlich wirkt.

Für mich als Fachkraft bedeutet dekoloniale Traumaarbeit, aktiv an einer Veränderung der Strukturen zu arbeiten, die Trauma perpetuieren. Es geht darum, Räume zu schaffen, in denen Klient*innen ihre Geschichten ohne Angst vor Abwertung teilen können, und gleichzeitig die eigenen Involviertheiten in diese Strukturen kritisch zu reflektieren. In der Praxis wende ich Methoden an, die nicht nur die Symptome, sondern auch die Ursachen von Trauma ansprechen. Dies beinhaltet beispielsweise die Verwendung von Reflexionstechniken, die Klient*innen befähigen, ihre eigenen Perspektiven und Stärken zu erkennen. Denn durch diese Ansätze und Reflexionen wird die Praxis zu einem Ort der Heilung, der nicht nur durch therapeutische Maßnahmen, sondern auch durch Gemeinschaft, Solidarität und den Widerstand gegen koloniale und rassistische Strukturen gestützt wird.

Zusammenfassend fordert dekoloniale Traumaarbeit einen Paradigmenwechsel in der psychosozialen Praxis fordert. Sie rückt Trauma als nicht nur individuelles, sondern auch als kollektives und gesellschaftlich bedingtes Phänomen in den Mittelpunkt und

stellt historische Ungerechtigkeiten wie Kolonialismus und Rassismus als prägende Faktoren für das Erleben von Trauma in den Vordergrund. Die Auseinandersetzung mit den sozialen und politischen Wurzeln von Trauma ermöglicht es, heilende Prozesse nicht nur auf individueller, sondern auch auf gesellschaftlicher Ebene zu initiieren. Dieser Ansatz fordert Fachkräfte auf, ihre eigenen Positionen, Privilegien, Rollen und die Machtverhältnisse innerhalb der psychosozialen Praxis (sowie darüber hinaus) zu reflektieren und die eigenen rassistischen oder kolonialen Denkmuster aktiv zu hinterfragen.

In den folgenden Unterkapiteln wird der Fokus auf die praktische Anwendung von Community-basierter und widerständiger Praxis gelegt, veranschaulicht durch die Arbeit der Initiative „Wir Sind Auch Wien“ (vgl. Kapitel 5.2.). Diese Initiative zeigt auf, wie kollektive Heilung und die Stärkung marginalisierter Gemeinschaften als eine Form des Widerstands gegen systemische Diskriminierung und Ausgrenzung dienen können. Solche Ansätze verdeutlichen das Potenzial, Räume der Unterstützung und Solidarität zu schaffen, Resilienz zu fördern und hegemoniale Strukturen herauszufordern. Darüber hinaus wird ein intersektionales Assessment- und Reflexionstool vorgestellt, das psychosoziale Fachkräfte dabei unterstützen soll, eine Praxis zu entwickeln, die die unterschiedlichen Bedürfnisse und Erfahrungen der Klient*innen berücksichtigt (vgl. Kapitel 5.3.).

5.2. Community und widerständige Praxis: „Wir Sind Auch Wien“

[...]

Community Arbeit:

Therapie von der Therapie

Realitäten abgesprochen,

Verletzung

Reproduktionen

Kulturalisierung

Erklärarbeit

Rassistisch?

Ich

doch nicht.

[...] (Saad 2025 Anhang S. 89)

In diesem Kapitel wird untersucht, wie die Verbindung zwischen der Vermittlung rassismuskritischer Kompetenzen und Community-Initiativen zu einer gerechteren psychosozialen Praxis führen kann. Dabei wird insbesondere der Fokus auf die Rolle solcher Angebote gelegt, um den Zugang zu psychosozialer Gesundheit für BIPOC zu verbessern. Die Bedeutung rassismuskritischer Arbeit wird durch das Beispiel der Community-Initiative „Wir Sind Auch Wien“ verdeutlicht, die als Plattform für rassismuskritische psychosoziale Arbeit dient. Hier wird rassismuskritische Arbeit direkt auf die psychosoziale Gesundheit von BIPOC Personen angewendet, indem geschützte Räume geschaffen und Bildungsangebote zur Sensibilisierung und Weiterbildung angeboten werden. Diese Angebote sind entscheidend, um die Auswirkungen von Rassismus in der psychosozialen Praxis zu adressieren und zu lindern. Durch solche Community-basierten Ansätze wird aufgezeigt, wie widerständige Praktiken nicht nur individuelle Heilung fördern, sondern auch eine kollektive Resilienz gegenüber strukturellen Diskriminierungen aufbauen können. Es wird dargelegt werden, inwiefern diese Angebote als widerständige Praxis verstanden werden können (Saad, Taheri 2021).

Wie im vorherigen Kapitel erläutert, stellt dekoloniale Traumaarbeit eine radikale Umkehr der hegemonialen, eurozentristischen Ansätze in der psychosozialen Arbeit dar. Sie hinterfragt die gängige Praxis, individuelle Reaktionen auf systemische Gewalt als pathologisch zu betrachten, und rückt stattdessen die historischen und kollektiven Dimensionen von Trauma in den Mittelpunkt. Diese Perspektive erkennt Trauma als eine Reaktion auf die strukturellen Ungerechtigkeiten von Kolonialismus, Rassismus

und anderen sozialen Ausgrenzungen, die über Generationen hinweg weitergegeben werden. (Ahsan 2020; Mullan 2023) In meiner Arbeit als BIPOC Fachkraft erlebte ich immer wieder, wie rassistische Diskriminierung in psychosozialen Kontexten unsichtbar gemacht oder relativiert wird. Dies kann zu Retraumatisierungen führen, da die Erlebnisse von Betroffenen systematisch abgewertet oder negiert werden (Mullan, 2023: 48; Fereidooni 2016: 45). Dekoloniale Traumaarbeit fordert demnach, dass Fachkräfte nicht nur ihre Methoden überdenken, sondern auch ihre eigene Rolle und Verstrickung in koloniale und rassistische Strukturen kritisch reflektieren. Dabei geht es nicht nur um das Ansprechen von Symptomen, sondern um das Herausarbeiten und Verstehen der tief verwurzelten sozialen und politischen Ursachen von Trauma (Ahsan 2020; Mullan 2023: 81). Die Anerkennung dieser sozialen Ursachen ist grundlegend, um eine nachhaltige Heilung zu ermöglichen, die sowohl das individuelle Wohl als auch kollektive Resilienz stärkt.

Ein zentrales Prinzip dekolonialer Traumaarbeit ist außerdem die gemeinschaftszentrierte Heilung, die davon ausgeht, dass Heilung als kollektiver Akt stattfindet. Dieser Ansatz fördert nicht nur individuelle Resilienz, sondern stärkt auch das kollektive Wohl durch gegenseitige Unterstützung und Solidarität. Die Idee, dass marginalisierte Gemeinschaften über generationenübergreifende Heilressourcen verfügen, bildet die Grundlage für diese Praxis.

In meiner eigenen Praxis als BIPOC Fachkraft und als Ko-Leiterin von „Wir Sind Auch Wien“ habe ich die transformative Kraft der gemeinschaftszentrierten Heilung erlebt. „Wir Sind Auch Wien“ wurde 2018 von Parissima Taheri-Maynard gegründet, um der mangelnden Auseinandersetzung mit Rassismus und *race* im Psychologiestudium und später in unterschiedlichen psychosozialen Ausbildungen sowie in der Praxis in Wien entgegenzuwirken. Diese Unterrepräsentation im Studium hat unmittelbare Auswirkungen auf die Praxis: Auf Psyonline (2025), einer Plattform zur Suche nach Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen in Österreich, werden über 150 Suchthemen aufgelistet – Rassismus ist jedoch keines davon. Dies verdeutlicht die stark institutionalisierte Nicht-Anerkennung von Rassismus als Stressfaktor für die psychische Gesundheit in Österreich, was Parissima Taheri-Maynard als einen zentralen Beweggrund für die Gründung von „Wir Sind Auch Wien“ sah.

Die Initiative hat sich zum Ziel gesetzt, der Dethematisierung von Rassismus und ihre die Auswirkungen auf psychosoziale Gesundheit entgegenzuwirken. „Wir Sind Auch

Wien“ ist eine Plattform, die die psychosoziale Gesundheit von BIPOC Personen ins Zentrum rückt und an der Schnittstelle von Rassismus und psychosozialer Gesundheit arbeitet. Seit 2019 setze ich mich, gemeinsam mit der Gründerin, aktiv für diese Plattform ein, indem wir verschiedene Workshops und sogenannte Healing Circles in sicheren Räumen anbieten. Darüber hinaus umfasst unser Angebot Vorträge, Keynotes, Workshops und das Verfassen von Artikeln zu Themen, die an der Schnittstelle von Rassismus und psychosozialer Gesundheit stehen. Unser Ansatz basiert auf zwei Säulen: Community Empowerment und (Weiter-) Bildungsangebote für eine rassismuskritische psychosoziale Praxis, unter dem Motto ‚For Us. By Us‘.

[...]
Aufbau alternativer Strukturen
Weg von Schaden
weg von schädigenden Strukturen
Community
Traumainformiert
Und immer
Macht
Diskriminierungs kritisch
Rassismus-
Von uns für uns
Und für Alle
[...] (Saad 2025 Anhang S. 92)

Zu den ersten Angeboten gehörten psychologische Safer Spaces für Schwarze Personen und Personen of Color, die es ermöglichten, in einem geschützten Rahmen über mentale Gesundheit zu sprechen. Diese Räume sollten vor Rassialisierung, Kulturalisierung und rassistischer Diskriminierung schützen, die häufig in therapeutischen Settings erlebt werden, und die damit verbundenen Negativerfahrungen zumindest teilweise kompensieren. Diese Angebote gehören heute zu den zentralsten und meist gefragtesten unserer Arbeit. Besonders in diesen Community-Räumen erlebe ich, wie solidarische Unterstützung und kollektive Heilungsprozesse stattfinden. Diese Form von Gemeinschaft ist entscheidend, um das Gefühl der Entfremdung zu überwinden, das häufig durch rassistische Diskriminierung in konventionellen therapeutischen Kontexten entsteht.

Im weiteren Verlauf entwickelten wir verschiedene Formate von Safer Spaces, darunter Räume für BIPOC Studierende im akademischen Kontext. Diese Empowerment-Räume bieten rassifizierten Studierenden die Möglichkeit, kollektiv von

den Herausforderungen des diskriminierenden Unialltags zu heilen und gemeinsam Handlungsstrategien zu erarbeiten. Solche Formate ermöglichen es uns, kollektive Heilungsprozesse zu initiieren und Sensibilisierungs- sowie Präventionsarbeit im Rahmen von Weiterbildungsangeboten für psychosoziale Fachkräfte zu leisten.

In diesen Räumen wird die hegemoniale hierarchisierende Rolle von Therapeut*in und Klient*in insofern aufgelöst, als dass es oft Heilungskreise sind, in denen auch wir als Facilitators in der Rolle der teilnehmenden und teilenden Personen sind. Dieser Zugang ermöglicht es, kollektive Verantwortung und Fürsorge in den Mittelpunkt zu stellen und entspricht damit einem zentralen Prinzip der dekolonialen Traumaarbeit: der bewussten Reflexion und dem Abbau hierarchisierender Rollen in therapeutischen Kontexten. Durch die Schaffung von gleichwertigen Beziehungen zwischen Therapeut*innen und Klient*innen wird ein Raum geschaffen, der auf gegenseitigem Respekt und gemeinschaftlicher Heilung basiert. Dies fördert eine Praxis, die sich nicht nur auf individuelle Heilung konzentriert, sondern auch auf erste Schritte in Richtung Transformation struktureller Ungleichheiten, im Sinne von eines „collective act of resistance against oppressive systems“ (Mullan 2023: 73).

Die Dethematisierung von Rassismus in Curricula und Ausbildungsstätten führt dazu, dass das Thema spätestens in der Berufswelt relevant wird. Oft sind es BIPOC Mitarbeiter*innen, die erste Schritte in Richtung rassismuskritischer Kompetenzentwicklung in ihren Einrichtungen initiieren. Diese Institutionen reproduzieren häufig die gewaltvollen rassistischen Strukturen der Gesellschaft, wodurch das enorme Macht- und Verantwortlichkeitsgefälle zu Lasten rassifizierten Personen sichtbar wird. Insofern kann ein Kreislauf erkannt werden, in dem BIPOC Mitarbeiter*innen oftmals Überverantwortung und aufgrund der fehlenden Auffangmöglichkeiten Mehrfachbelastung erleben, wie bereits in Kapitel 4.3. dargelegt wurde. Fehlende auffangende Räume erklären sich durch die Dethematisierung von Rassismus in psychosozialen Ausbildungen und der daraus resultierende Mangel rassismuskritische Expertise und Kompetenz in der Praxis (siehe Kapitel 3.4., 4.2. und 4.3.).

Die Arbeit von „Wir Sind Auch Wien“ verdeutlicht das Potenzial kollektiver Heilung als widerständige Praxis, die den Weg für eine gerechtere psychosoziale Praxis ebnet. Sie zeigt auf, wie Community-basierte Ansätze und solidarische Gruppenarbeit nicht nur therapeutische Unterstützung bieten, sondern auch eine politische Dimension

annehmen können, die soziale Ungleichheit aktiv herausfordert. Gleichzeitig werden in unseren Angeboten Räume geschaffen, in denen rassifizierte Klient*innen ihre Erfahrungen als Teil eines größeren, kollektiven Kontextes verstehen können. Diese kollektive Sichtweise ist essenziell, um zu erkennen, dass Rassismus nicht nur ein individuelles, sondern ein systemisches Problem ist, das durch gemeinschaftliche Heilungsarbeit angegangen werden muss.

Die widerständige Praxis in der dekolonialen psychosozialen Arbeit ermöglicht es Fachkräften und Klient*innen gleichermaßen, sich von den pathologisierenden Erzählungen zu befreien, die in eurozentristischen therapeutischen Modellen vorherrschen, und zu einer Praxis zu finden, die auf Gemeinschaft, Solidarität und politischer Transformation basiert. In den kommenden Kapiteln wird weiter untersucht, wie durch intersektionale Ansätze und die Integration von Community-Arbeit eine tiefgreifende Veränderung in der psychosozialen Praxis erreicht werden kann. Ein weiterer Fokus wird auf die Entwicklung eines intersektionalen Assessment- und Reflexionstools gelegt, das Fachkräften helfen soll, eine umfassendere und gerechtere Praxis zu entwickeln, die die unterschiedlichen Bedürfnisse und Erfahrungen ihrer Klient*innen berücksichtigt. Im nächsten Unterkapitel, wird ein Tool vorgestellt, das die Erkennung unterschiedlicher Bedürfnisse und Positionierung entlang von intersektionaler Erfahrungen erleichtert und somit eine umfassendere Behandlung ermöglicht.

5.3. Intersektionalität und psychosoziale Arbeit

Intersektionalität ist ein analytisches Konzept, eine Methode, ein Ansatz und viel mehr, dass die Überschneidungen und Wechselwirkungen verschiedener Formen von Unterdrückung wie Rassismus, Sexismus und Klassismus, betrachtet. Der Begriff basiert auf der Metapher der Straßenkreuzung (intersection) und macht deutlich, dass Diskriminierungserfahrungen nicht auf eine einzige Kategorie reduziert werden können. Vielmehr wirken unterschiedliche Dimensionen der Identität und Unterdrückung – wie *race*, *class* und *gender* – zusammen, wodurch eine systemische Analyse von Macht- und Diskriminierungsverhältnissen unverzichtbar wird. (Crenshaw 1989; Kazeem-Kaminski 2016: 44).

Die Anwendung intersektionaler Perspektiven ist besonders relevant in der psychosozialen Arbeit, da sie ermöglicht, die komplexen Lebensrealitäten von Klient*innen besser zu verstehen. Soziale Trennlinien wie *race*, *gender* und *class* sind nicht nur abstrakte Kategorien, sondern strukturieren die Erfahrungen von Menschen im Alltag und beeinflussen den Zugang zu Ressourcen, Macht und Privilegien (Yuval-Davis 2009: 56). Diese Strukturierungen manifestieren sich auch in psychosozialen Versorgungssystemen, in denen Ungleichheiten häufig reproduziert werden und Klient*innen marginalisierter Gruppen zusätzliche Hürden überwinden müssen. In dieser Arbeit wurde der Fokus auf die Kategorie *race* gelegt, und anhand davon gesundheitsschädigende Auswirkungen dargelegt. Intersektionalität betont, dass Diskriminierung überlappend und verstärkend wirkt, insofern lässt sich daraus ableiten, dass gesundheitsschädigende Wirkungen ebenfalls dadurch verstärkt werden (Saad 2022).

Gesundheit ist nicht nur ein biologischer Zustand, sondern wird stark durch soziale, kulturelle und ökonomische Faktoren geprägt. Intersektionale Ansätze beleuchten, wie sich multiple Diskriminierungen auf die psychosoziale Gesundheit auswirken. Diskriminierungserfahrungen, die sich aus der Überschneidung von *race*, *class* und *gender* ergeben, verstärken Stress und können zu schwerwiegenden psychischen Belastungen führen. Gleichzeitig beeinflussen diese Kategorien den Zugang zu Gesundheitsdiensten und die Qualität der erhaltenen Versorgung. (Almeida et al., 2019: 152; vgl. Kapitel 3.4.) Rassifizierte und marginalisierte Personen haben oft weniger Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsressourcen und müssen

zusätzliche Barrieren überwinden, die durch strukturelle Ungleichheiten bedingt sind (vgl. Kapitel 3.4.; Saad 2022).

Die Integration intersektionaler Ansätze in die psychosoziale Arbeit ermöglicht es, diese Ungleichheiten sichtbar zu machen und gezielt anzugehen. Ein intersektionales Verständnis fördert nicht nur die Entwicklung von inklusiven und zugänglicheren Versorgungsmodellen, sondern befähigt Fachkräfte auch, ihre Klient*innen ganzheitlich zu betrachten. Dies erfordert jedoch eine Abkehr von eindimensionalen Problemanalysen und die Berücksichtigung der spezifischen Lebensrealitäten und Bedürfnisse von Klient*innen. In der Praxis bedeutet dies folglich, die Verwobenheit von Diskriminierungsdimensionen anzuerkennen und die eigenen Privilegien sowie institutionelle Machtstrukturen zu hinterfragen. Intersektionalität kann dabei als Werkzeug dienen, um Machtungleichgewichte auszugleichen und gerechtere Zugänge zu psychosozialer Gesundheit zu schaffen.

Im Folgenden wird ein intersektionales Assessment- und Reflexionstool vorgestellt, welches ich im Zuge einer vorherigen Forschungsarbeit erstellt und für diese Masterarbeit eingebettet und angepasst habe (Saad 2022). Es kann Fachkräften dabei helfen, diese Perspektiven in ihrer Praxis systematisch und wirksam anzuwenden. So soll eine intersektionale Bestimmung der sozialen Dimensionen von Gesundheit im Kontext sozialer Ungleichheit erleichtert werden.

Die Pyramide des Teams um Almeida illustriert die Hierarchie von Macht, Privilegien und Unterdrückung, die auf patriarchalen, kolonialen und kapitalistischen Strukturen basiert (siehe Abbildung 3). An der Spitze dieser Pyramide steht das Normativ: weiß, wohlhabend, cis-männlich und heterosexuell. Im Gegensatz dazu repräsentiert die Basis die unterdrückte Seite: arme, Schwarze Menschen sowie Personen of Color, die genderqueer oder gender non-conforming sind. Für das Tool werden die nachfolgenden Aspekte berücksichtigt: class, race, biological sex, gender identity, gender expression, sexual orientation. (Almeida et al. 2019:159)

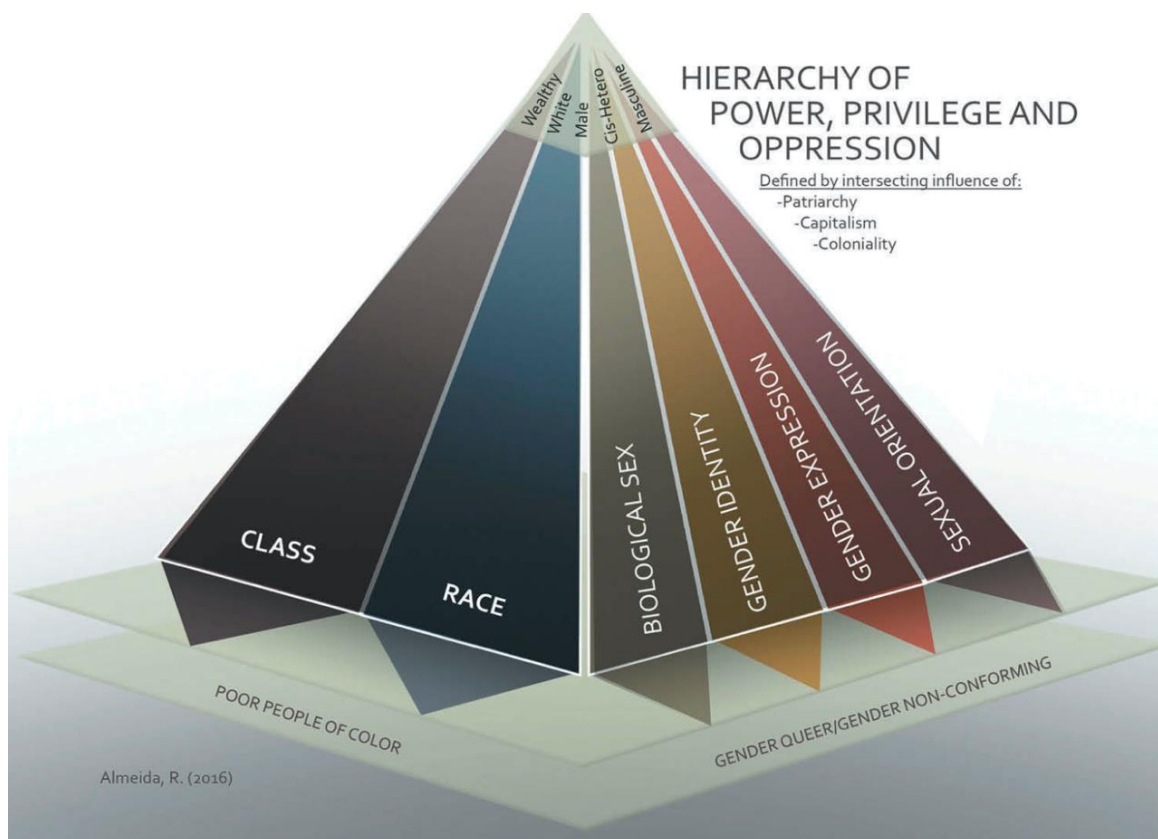


Abbildung 3: Pyramide: Hierarchy of Power, Privilege and Oppression (Almeida et al. 2019:159)

Im österreichischen Kontext könnte diese Pyramide neben *race* auch den Zugang zu Staatsbürger*innenschaft und (zugeschriebenem) Migrationshintergrund einbeziehen, da diese Ungleichheitskategorien eine entscheidende Rolle beim Zugang zu bestimmten Gesundheits- und Sozialleistungen spielen. Zudem sollte für die psychosoziale Arbeit die Kategorie Körper ergänzt werden, wobei an der Spitze Personen ohne Behinderung stehen. Dabei ist zu betonen, dass die vorgeschlagene Assessmentpyramide über individualistische, problemzentrierte Ansätze hinausgehen und strukturelle gesundheitliche Ungleichheiten in den Blick nehmen soll (Almeida et al. 2019: 158). Eine solche strukturelle Analyse von Kategorien wie *race*, *class* und *gender* ermöglicht ein vertieftes Verständnis der Entstehung gesundheitlicher Ungleichheiten.

Die Ungleichheitskategorien *race* und *class* werden dabei deutlich, was für die Entwicklung eines entsprechenden Behandlungsplans entscheidend ist. Ohne diese Anerkennung bleiben die wiederkehrenden Stressoren unbeachtet (Almeida et al. 2019: 157f). Ein solches Assessment steht im Kontrast zur gängigen Praxis der Dethematisierung, die wie bereits erläutert zur Reproduktion ungleicher Strukturen führt. Es erkennt intersektionale Identitäten an und zeigt, wie systemische

Ungleichheiten die Gesundheit stärker beeinflussen können als individuelle Verhaltensweisen. (Almeida et al. 2019: 158)

Ich aus meiner Erfahrung sowie Expert*innen und Kolleg*innen kritisieren mehrfach die fehlende Anerkennung struktureller Ungleichheiten, die erhebliche Auswirkungen auf ihre Klient*innen haben (Saad 2022). Die Ignorierung solcher Faktoren führt zu gravierenden gesundheitlichen Schäden, wie in Kapitel 3 im Zusammenhang mit *race* dargelegt wurde.

Das Assessment entlang der Hierarchie-Pyramide ist ein reflexiver Prozess. Reflexion, insbesondere Selbstreflexion, sind zentrale Elemente eines intersektionalen Ansatzes, ebenso wie autoethnografischer Ansätze und dekolonialer psychosozialer Praxis. Fragen zur eigenen Rolle in der Aufrechterhaltung von Macht- und Herrschaftsverhältnissen sowie zur eigenen Sozialisation sind hierbei entscheidend.

Um die vorangegangenen Überlegungen in die Praxis zu integrieren, werden nun die Schritte des intersektionalen Assessment- und Reflexionstools vorgestellt (Saad 2022). Diese Schritte sind darauf ausgelegt, Fachkräfte dabei zu unterstützen, gesellschaftliche Ungleichheiten systematisch zu erkennen und zu reflektieren, um geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit ihrer Klient*innen zu entwickeln.

1. Auswahl einer bestimmten Situation oder Praxis:

Diese Situation kann in der individuellen Praxis als psychosozialen Fachkraft oder in routinierten Handlungen/Abläufen einer Einrichtung stattfinden. Es sollte so detailliert wie möglich beschrieben werden, gefolgt von einer Reflexion der emotionalen Reaktionen. Leitfragen könnten sein: Was hat diese Situation in mir ausgelöst? War ich handlungsfähig? (Saad 2022: 92f)

2. Identifikation der Akteur*innen:

Hier werden sowohl individuelle Personen auf Mikroebene als auch Institutionen und Richtlinien auf Makroebene erfasst (Saad 2022: 93).

3. Zuordnung der Differenzlinien:

In diesem Schritt werden relevante Ungleichheitskategorien identifiziert. Welche Kategorien wie *race*, *class* oder *gender* wirken hier zusammen? Welche Machtverhältnisse werden sichtbar und wie beeinflussen sie die Situation? (Saad 2022: 93)

4. Makro- und Mikroebene analysieren:

Dieser Schritt betrachtet die Wechselwirkungen zwischen individuellen und strukturellen Faktoren: Welche sozialen Funktionen und Folgen haben die wirkenden Ungleichheitskategorien? Wie beeinflussen sie den Zugang zu Dienstleistungen? (Saad 2022: 93f)

5. Entwicklung alternativer Handlungsmöglichkeiten:

Abschließend sollten alternative Ansätze zur Verbesserung der Situation entwickelt werden. Welche Möglichkeiten gibt es, um bestehende Machtstrukturen zu verändern? Welche Unterstützungsangebote können Klient*innen helfen? (Saad 2022: 94)

Ein solches Reflexionstool in Kombination mit der Assessment-Pyramide spiegelt die grundlegende Idee eines intersektionalen Ansatzes wider: die Benennung und Untersuchung von Macht- und Herrschaftsverhältnissen, die das Leben von Personen mit überlappenden Diskriminierungserfahrungen strukturieren (Kazeem-Kaminski 2016: 45f; Mattson 2014: 12; Lutz, Amelina 2017: 23; Yuval-Davis 2008: 60).

Das in diesem Kapitel vorgestellte intersektionale Assessment- und Reflexionstool, wurde entwickelt, um die sozialen Dimensionen von Gesundheit im Kontext von Macht- und Ungleichheitsstrukturen zu analysieren. Basierend auf der Hierarchie-Pyramide, die patriarchale, koloniale und kapitalistische Systeme abbildet, wurde verdeutlicht, wie Macht und Privilegien gesundheitliche Ungleichheiten prägen. Die Pyramide zeigt, dass privilegierte Gruppen – etwa weiße, wohlhabende, cis-männliche Personen – an der Spitze stehen, während marginalisierte Gruppen, wie Schwarze Menschen oder Personen mit intersektionalen Diskriminierungserfahrungen, an der Basis angesiedelt sind.

Das Tool erweitert individualisierte Ansätze, indem es strukturelle Barrieren und deren Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit in den Fokus rückt. Ein intersektionaler Zugang ermöglicht Fachkräften, Differenzlinien wie *race*, *class* und *gender* in ihrer Wechselwirkung zu analysieren, um gerechtere Behandlungspläne zu entwickeln. Das Assessment folgt fünf Schritten: die Reflexion einer spezifischen

Situation, die Identifikation relevanter Akteur*innen und Kategorien, die Analyse der Wechselwirkungen zwischen individuellen und systemischen Ebenen sowie die Entwicklung alternativer Handlungsstrategien. Dieses Vorgehen hilft Fachkräften, Machtverhältnisse zu identifizieren und zu transformieren.

Reflexion und Selbstreflexion bilden die Basis des Tools. Sie unterstützen Fachkräfte dabei, ihre eigene Rolle in der Reproduktion von Ungleichheiten zu hinterfragen und ihre Praxis im Sinne einer gerechten psychosozialen Versorgung zu gestalten. Die Anwendung dieses intersektionalen Ansatzes zeigt, wie gesundheitliche Ungleichheiten nicht nur erkannt, sondern durch transformative Praxisformen aktiv reduziert werden können.

5.4. Reflexionen zu Communityarbeit und -care

In meiner Reflexion über dekoloniale Traumarbeit und die Rolle von Community-Arbeit als widerständige Praxis, insbesondere in Bezug auf meine Arbeit bei „Wir Sind Auch Wien“, wird mir einmal mehr klar, wie sehr rassistische und koloniale Strukturen die psychosoziale Arbeit prägen. Die dekoloniale Trauma- und psychosoziale Arbeit erfordert, dass historische und strukturelle Ursachen von Trauma anerkannt und sowohl auf individueller als auch kollektiver Ebene adressiert werden. Dies zeigt sich in meiner Arbeit, in der ich mich bemühe, durch Community-basierte Ansätze Widerstand zu leisten. Bei „Wir Sind Auch Wien“ schaffen wir gezielt Räume, die es ermöglichen, die Erfahrungen von Rassismus nicht nur zu validieren, sondern sie als Teil eines größeren sozialen und politischen Prozesses zu begreifen. Durch die Möglichkeit, in diesen sicheren Räumen über Rassismus zu sprechen, erleben die Teilnehmenden eine kollektive Heilung, die ihre emotionalen und physischen Belastungen ansprechen und validieren kann. Obgleich dies vielleicht etwas Kleines und Banales zu sein vermag, ist dies ein revolutionärer und widerständiger Akt. Es stellt einen Bruch der gängigen Erfahrungen dar. Oft kommen Personen zu uns mit dem Wunsch nach Therapie von der Therapie.

Eines der Ziele dieser Masterarbeit ist es zu zeigen, dass Rassismus wirkt nicht nur auf einer emotionalen und kognitiven Ebene wirkt, sondern auch physische Auswirkungen hat, die sich in chronischem Stress, Angstzuständen und somatischen Beschwerden manifestieren. Diese Verbindung von emotionalem Schmerz und körperlicher Belastung, die auch in meiner eigenen Arbeit spürbar ist, verdeutlicht die

Notwendigkeit, die körperliche Dimension in der Traumarbeit zu integrieren. Somatische Praktiken, wie sie in dekolonialer Traumarbeit und gemeinschaftsorientierten Heilungsansätzen zur Anwendung kommen, tragen dazu bei, die physischen Auswirkungen von Rassismus zu adressieren und gleichzeitig ein Bewusstsein für die Körpererfahrungen der Betroffenen zu entwickeln. Diese körperlichen Auswirkungen und Empfindungen spiegeln sich auch zum Teil im Schreibprozess dieser Masterarbeit wider. Während des Schreibens musste ich immer wieder Pausen einlegen, darüber reflektieren, was diese Masterarbeit bedeutet, was mit dem Wissen und den Zugängen zu den geteilten Erfahrungen passiert und welche Rolle das spielt. In diesen Pausen wandte ich viele somatische Übungen an, die ich auch in meiner psychosozialen Arbeit in Gruppen und mit Klient*innen verwende.

Schließlich spielt es eine Rolle, dass ich diese Arbeit als eine psychosoziale weibliche Fachkraft of Color schreibe. Mein Wissen, mein Empfinden sowie die körperlichen Auswirkungen dieses Schreibprozesses, sowie meiner Praxis werden aufgrund meiner Verortung anders gewichtet. Ein dekolonialer autoethnografischer Ansatz ermöglicht es, ebendiese Erfahrungen ins Zentrum zu stellen und einer hegemonialen Abwertung entgegenzuwirken. Auch in meiner Arbeit erlebe ich immer wieder, wie meine Expertise als Fachkraft aufgrund meiner rassifizierten Identität in Frage gestellt wird, was zu zusätzlicher Belastung führt. Diese Erfahrung existiert in keinem Vakuum. Vielmehr ist das eine systematische Erfahrung, die auf Macht- und Herrschaftsverhältnisse zurückzuführen ist (Chawla, Atay 2018; Henningham 2021; Saad 2022).

Dekoloniale Autoethnografie ermöglicht es, die eigene Subjektivität als wertvolle Quelle der Erkenntnis zu nutzen und gleichzeitig die institutionellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu hinterfragen, die zu marginalisierten Erfahrungen führen (Chawla, Atay 2018; Henningham 2021). Insofern kann dies als eine widerständige Methode verstanden werden, um widerständige Praxen darzulegen. Denn „narrative therapy is a tool for reclaiming stories stolen by colonial narratives“ (Mullan 2023: 67).

In diesem Zusammenhang wird außerdem sichtbar, dass Theorie und Praxis nicht als voneinander trennbar wahrgenommen werden können. Theorie als „Ort der Heilung“ (hooks 1991: 61) kann befreiend und revolutionär wirken, indem das Theoretisieren konkret danach ausgerichtet ist. *Theorie als Ort der Heilung* hat im Kontext dieser Masterarbeit eine doppelte Bedeutung: Einerseits erlaubt Theorie Einbettung meiner

Erfahrungen und zeigt auf, dass es Strukturen, Systeme und Dynamiken sind, und keinesfalls Einzelfälle oder individualisierte Erfahrungen. Andererseits ermöglicht Theorie als befreiende Praxis (hooks 1991) auch Zugänge zu widerständiger Praxis, Handlungs- und Lösungsansätzen.

Im abschließenden nächsten Kapitel erfolgt die Zusammenfassung und Reflexion der zentralen Erkenntnisse dieser Masterarbeit. Die Forschungsfragen werden beantwortet und ein Ausblick auf mögliche zukünftige Entwicklungen in der psychosozialen Praxis und Forschung gegeben.

6. Conclusio

Die vorliegende Masterarbeit untersucht Auswirkungen von Rassismus auf die psychosoziale Gesundheit und Praxis, mit besonderem Fokus auf die Rolle rassismuskritischer Kompetenzen in der Ausbildung und Praxis. Zentral ist die Frage, wie Rassismus die psychosoziale Gesundheit von BIPOC beeinflusst, wie er in Versorgungssystemen strukturell verankert ist und wie durch rassismuskritische Ansätze sowie dekoloniale Perspektiven eine gerechtere Gesundheitsversorgung gefördert werden kann. Die Arbeit verbindet theoretische Ansätze mit autoethnografischen Reflexionen – um meine Perspektive als BIPOC Fachkraft in die Untersuchung einfließen zu lassen – und praktischen Beispielen, um die komplexen Zusammenhänge zwischen Rassismus, psychosozialer Lehre, Praxis und Gesundheit zu analysieren. Die Forschungsfragen wurden mit dem Ziel formuliert, rassismuskritische Perspektiven in den bisher wenig beleuchteten deutschsprachigen Kontext zu integrieren

Ein Schwerpunkt dieser Arbeit ist die Darstellung und Einbettung grundlegender Konzepte und Wirkweisen von Rassismus und Kolonialität sowie deren tiefgreifenden Auswirkungen auf verschiedene gesellschaftliche Bereiche, insbesondere auf den Zugang zu Gesundheitsressourcen, Gesundheitsversorgung und die Gestaltung von (Aus)Bildungssystemen. Kolonialismus führt(e), basierend auf einer rassistischen Ideologie, zu einer Unterdrückung von Wissen und Lebensweisen. Kolonialität beschreibt die fortdauernde Wirkung dieser Strukturen, die auch heute noch den Zugang zu Gesundheitsdiensten und medizinischen Ausbildungen beeinflussen: Koloniale und rassistische Differenzen prägen und reproduzieren weiterhin bestehende Ungleichheiten, sowohl im Gesundheitsbereich als auch in allen anderen

gesellschaftlichen Teilbereichen, was die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung der Auswirkungen von Rassismus auch auf die psychosoziale Gesundheit betont.

Rassismus wird als ein System verstanden, das durch die Konstruktion, Markierung und Hierarchisierung von Differenzen soziale Grenzen zieht und Ungleichheiten aufrechterhält. Dabei spielt Rassismus eine Rolle auf Mikro- wie Makroebene: Auf der Makroebene wirkt er strukturell und institutionell, auf der Mikroebene zeigt er sich in interpersonellen und verinnerlichten Formen. Diese rassistischen Strukturen beeinflussen den Zugang zu Ressourcen, auch zu Gesundheit(sversorgung), und führen oft zu einer unzureichenden Versorgung von Menschen, die rassistische Diskriminierung erfahren. Die Auswirkungen dieser Ungleichheiten auf die Gesundheit sind sowohl psychisch als auch physisch spürbar. (Saad 2022; Aikins et al 2020; Yeboah 2017)

Zentral für diese Masterarbeit ist die Auseinandersetzung mit den weitreichenden gesundheitlichen Auswirkungen von Rassismus. Dazu wird das biopsychosoziale Gesundheitsverständnis herangezogen, das Gesundheit als Zusammenspiel physischer, psychischer und sozialer Faktoren betrachtet. Dieses Konzept ermöglicht es, Rassismus als einen wesentlichen Faktor zu erkennen, der nicht nur die soziale Position von Individuen beeinflusst, sondern auch direkten Einfluss auf deren Gesundheit hat. Durch die Untersuchung der Rolle von Bildung und Wissen im Kontext von Rassismus und Gesundheitsversorgung wird aufgezeigt, wie rassistische Stereotype und unreflektierte Bildungspraktiken medizinische Ausbildungen, das Gesundheitswissen und -wesen prägen. Diese Bildungslücken führen dazu, dass Fachkräfte unzureichend auf die Bedürfnisse von rassifizierten Menschen vorbereitet sind. Der Mangel an rassismuskritischer Bildung und die fehlende Auseinandersetzung mit den Auswirkungen von Rassismus in der Ausbildung tragen zu einer schlechteren Gesundheitsversorgung für BIPOC bei.

Rassismus im Gesundheitswesen, etwa in der Dermatologie (Mukwende, Tamony, Turner 2020), erschwert den Zugang zu angemessener Versorgung und verstärkt gesundheitliche Ungleichheiten. Diskriminierende Praktiken, mangelnde Berücksichtigung von Erfahrungen rassifizierter Personen in Gesundheitsausbildungen und rassistischen Vorstellungen von Schmerzempfindungen sind Beispiele, die die Inanspruchnahme von

Gesundheitsressourcen unzugänglicher machen. Diese Ungleichheiten verursachen chronischen Stress, der das Risiko für verschiedene Erkrankungen erhöht. *Racial battle fatigue* verdeutlicht, wie Rassismus den Körper und die Psyche anhand von psychophysiologischen Auswirkungen von fortlaufender Diskriminierung belastet.

Rassismus wird als fortwährendes Trauma verstanden, das durch kontinuierliche Diskriminierung (psychosoziale) Schäden verursacht. Das Konzept des *racial(ized) trauma* dient dazu, die Wechselwirkungen zwischen chronischer Diskriminierung und mentaler Gesundheit herauszuarbeiten. Wiederholte Erfahrungen von Rassismus begünstigen stressbedingte Erkrankungen und können zur Entwicklung von posttraumatischen Belastungsstörungen führen (Carter 2007; Smith et al. 2016; Mullan 2023; Menakem 2017). Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, Rassismus als strukturelles Phänomen in der psychosozialen Versorgungslandschaft zu adressieren. Intersektionale, dekoloniale und rassismuskritische Ansätze für die psychosoziale Praxis verbinden Theorie und Praxis. Dekoloniale Trauma- und psychosoziale Arbeit grenzen sich von eurozentrischen Modellen ab und begreifen Trauma als kollektives, historisches Phänomen, das durch Kolonialismus und Rassismus geprägt ist. Diese Perspektive fördert die Anerkennung und Heilung von Traumata auf individueller und gesellschaftlicher Ebene und betont die Notwendigkeit, systemische Ungerechtigkeiten in der psychosozialen Praxis zu adressieren.

Die gesundheitsschädigenden Auswirkungen von Rassismus zeigen, dass dieser als zentraler Faktor in der Gesundheitsversorgung anerkannt werden muss. Eine rassismuskritische psychosoziale Praxis würde dazu beitragen, die gesundheitlichen Auswirkungen von Rassismus zu adressieren und die gleichberechtigte Teilhabe an Gesundheitsversorgung von BIPOC zu fördern. Fachkräfte müssen hierfür ihre eigenen Positionen reflektieren und hinterfragen, wie ihre Praxis rassistische Strukturen reproduziert oder aufbricht. Praxisbeispiele aus Lehre und psychosozialer Arbeit sowie Ansätze für die therapeutische Praxis werden vorgestellt, wobei die Notwendigkeit fortlaufender Sensibilisierung und Weiterbildung unerlässlich ist. Psychosoziale BIPOC Fachkräfte spielen hierbei eine zentrale Rolle, werden jedoch oft unverhältnismäßig für die Vermittlung rassismuskritischer Kompetenzen (über)verantwortlich gemacht, was zu Mehrfachbelastungen führt.

In der Community-Arbeit, einer widerständigen Praxis, wie beispielsweise durch die Initiative „Wir Sind Auch Wien“ ebenso wie meine eigene Erfahrung in diesem Kontext,

versteht Heilung als gemeinschaftlichen Prozess. Sichere Räume und kollektiver Austausch sind essenziell, um den individuellen und kollektiven Widerstand gegen rassistische und koloniale Strukturen zu stärken. Ein intersektionales Assessment- und Reflexionstool analysiert die sozialen Dimensionen von Gesundheit im Kontext von Macht- und Ungleichheitsstrukturen, bzw. wie patriarchale, koloniale und kapitalistische Strukturen gesundheitliche Ungleichheiten prägen. Intersektionalität als zentraler Ansatz soll Fachkräften helfen, jene Diskriminierungs- und Machtverhältnisse zu erkennen, die psychosoziale Gesundheit beeinflussen.. Das Tool umfasst fünf Schritte: Reflexion einer Situation, Identifikation relevanter Akteur*innen, Analyse der Wechselwirkungen individueller und systemischer Ebenen sowie Entwicklung alternativer Handlungsstrategien. Es unterstützt Fachkräfte dabei, ihre eigene Rolle in der Reproduktion von Ungleichheiten zu hinterfragen und eine gerechtere psychosoziale Praxis zu entwickeln. (Saad 2022: 92ff; Almeida et al. 2019)

Die Ergebnisse dieser Masterarbeit zeigen klar auf, dass Gesundheit nicht ohne die Berücksichtigung von Rassismus und den zugrunde liegenden Macht- und Herrschaftsverhältnissen betrachtet werden kann. Rassismus stellt eine tief verwurzelte Determinante der psychosozialen Gesundheit dar. Es besteht ein klarer Bedarf an einer strukturellen Veränderung der psychosozialen Versorgungslandschaft, um rassistische Praktiken zu überwinden und BIPOC eine gleichberechtigte Teilhabe zu ermöglichen. Die Forschungsfragen dieser Masterarbeit wurden dahingehend beantwortet, dass Rassismus in Österreich erhebliche Auswirkungen auf die psychosoziale Gesundheit hat, institutionell verankert ist und den Zugang zu Gesundheitsressourcen beeinflusst. Das Fehlen rassismuskritischer Bildung verschärft diese Ungleichheiten zusätzlich. Abschließend wird betont, dass die Reflexion über die Auswirkungen von Rassismus eine zentrale Grundlage für die Veränderung biopsychosozialer Versorgungsstrukturen darstellt – sowohl auf individueller als auch auf institutioneller Ebene. Vorgestellte Ansätze, wie dekoloniale Traumaarbeit, Community-Arbeit und das intersektionale Reflexionstool bieten praktische Handlungsmöglichkeiten, um diese Ungleichheiten zu adressieren und eine gerechtere psychosoziale Praxis zu entwickeln. Um nachhaltig und relevant zu bleiben, bedürfen praktische Handlungsansätze konstante Verfeinerungen und Anpassungen sowie Reflexion darüber.

Abschließend möchte ich nicht nur eine – meiner autoethnographischen Herangehensweise entsprechende – Notiz hinterlassen, sondern auch einen Blick in die Zukunft werfen: Die Erstellung dieser Masterarbeit war eine tiefgehende und herausfordernde Reise, die emotional viel Arbeit erforderte. Besonders herausfordernd war es, die eigenen Erfahrungen als psychosoziale Fachkraft of Color in den akademischen Kontext einzubetten und gleichzeitig der Frage nachzugehen, ob diese Arbeit in dieser Form überhaupt erstellt werden sollte. Es gab Momente der Unsicherheit, in denen ich mich fragte, was mit diesem Wissen, das teils sehr persönlich und tiefgründig war, geschehen würde. Zentral war auch die Infragestellung, ob ich dieses Wissen überhaupt für den kolonialen, akademischen Kontext zugänglich machen wollte. Die Auseinandersetzung mit diesen Fragen war nicht nur eine intellektuelle Übung, sondern erforderte viel Reflexion mit den eigenen rassistischen Erfahrungen sowie der Verantwortung, dieses Wissen zu veröffentlichen. All dies, um einen Schritt weg von der Dethematisierung von Rassismus in Österreich zu machen.

Diese Arbeit stellte demnach auch eine Möglichkeit dar, eigene Erfahrungen und Perspektiven anzuerkennen und gleichzeitig einen Schritt in Richtung Akademisierung und Institutionalisierung dieses Wissens zu machen. Es ging nicht nur darum, Rassismus in seiner strukturellen Ausprägung zu benennen, sondern auch um die Notwendigkeit, rassismuskritische Perspektiven fest in den psychosozialen Ausbildungen und Praxen zu verankern. In diesem Zusammenhang leistet diese Arbeit wünschenswerterweise auch einen Beitrag zur Bekämpfung der gängigen Dethematisierung von Rassismus in den psychosozialen Diskursen und Institutionen. Der Weg, die (De)Thematisierung von Rassismus in psychosozialen Versorgungsstrukturen zu behandeln und sichtbar zu machen, stellt eine wichtige Herausforderung dar, aber auch eine notwendige Voraussetzung, um gesundheitliche und gesellschaftliche Ungleichheiten sowie Ungerechtigkeiten zu verringern sowie abzubauen.

Diese Masterarbeit eröffnet nicht nur wissenschaftlich neue Perspektiven, sondern ermöglicht mir auch auf persönlicher Ebene die Gelegenheit, meine Rolle in diesem Diskurs weiterhin zu reflektieren. Der autoethnografische Ansatz half mir, die Verbindung zwischen Theorie und Praxis zu verdeutlichen und zu verstehen, wie meine Erfahrungen als Fachkraft und als rassifizierte Person miteinander verflochten sind. In dieser Arbeit wurde deutlich, dass es nicht nur um eine individuelle Reflexion geht, sondern auch um kollektive und institutionelle Veränderungen. Die

Auseinandersetzung mit intersektionalen und dekolonialen Perspektiven ist ein Schritt in diese Richtung, und es bleibt entscheidend, diese Perspektiven weiter zu erforschen und in den akademischen sowie institutionellen Rahmen zu integrieren.

Zukünftige Forschung könnte sich auf die quantitative Erhebung von Daten zu den gesundheitlichen Auswirkungen von Rassismus konzentrieren, die Wirksamkeit rassismuskritischer Interventionen evaluieren und die biopsychosozialen Auswirkungen überlappender, intersektionaler Diskriminierungsformen untersuchen. Dies könnte dazu beitragen, die umfassendere Implementierung rassismuskritischer und dekolonialer Perspektiven in der psychosozialen Praxis zu fördern und eine zugänglichere, diskriminierungskritischere sowie intersektionalitätsinformiertere psychosoziale Praxis zu entwickeln. Es bleibt von großer Bedeutung, dass die Perspektiven und Erfahrungen von BIPOC Fachkräften und Klient*innen weiterhin in den Mittelpunkt gestellt werden, um eine gerechtere und inklusivere Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Nicht zuletzt kann festgehalten werden, dass die fortlaufende Reflexion über die Auswirkungen von Rassismus sowie anderen Macht- und Herrschaftsverhältnissen auf die psychosoziale Gesundheit eine zentrale Grundlage für die Veränderung von biopsychosozialen Versorgungsstrukturen bildet. Diese Veränderung muss sowohl auf individueller als auch auf institutioneller Ebene stattfinden.

7. Bibliografie

AEWTASS (Advancing Equality Within The Austrian School System) (2023).

Schulbuchanalyse. Optimierung der Darstellung Afrikas. Notizen Präsentation der Schulbuchanalyse 10.10.2024

Aikins, Muna AnNisa, Bremberger, Teresa, Aikins, Joshua Kwesi, Gyamerah, Daniel & Yildirim-Caliman, Deniz (2021). Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland. Berlin. <http://www.afrozensus.de> [Zugriff am 20.10.2024].

Afeworki Abay, Robel (2022). Rassismus und Ableism: Same, Same but Different? Intersektionale Perspektive und konviviale Visionen auf Erwerbsarbeit in der Dominanzgesellschaft. In: Konz, Britta, Schröter, Anne (Hg*innen). DisAbility in der Migrationsgesellschaft. Betrachtungen an der Intersektion von Behinderung, Kultur und Religion in Bildungskontexten. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, 93–110.

Almeida, Rhea V., Werkmeister Rozas, Lisa Marie, Cross-Denny, Bronwyn, Lee, Karen Kyeunghae, Yamada, Ann-Marie (2019). Coloniality and Intersectionality in Social Work Education and Practice. In: Journal of Progressive Human Services, 30(2), 148–164.

Ahsan, Sanah (2020). Holding Up The Mirror: Deconstructing Whiteness in Clinical Psychology. In: Journal of Critical Psychology, Counselling and Psychotherapy 20(3), 45–55.

Arndt, Susan (2017). Rassismus. Eine viel zu lange Geschichte. In: Fereidooni, Karim, El, Meral El (Hg:) Rassismuskritik und Widerstandsformen. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 29–46.

Auma, Maureen Maisha (2018). Rassismus. Eine Definition für die Alltagspraxis. Berlin: RAA.

Bochner, Arthur & Ellis, Carolyn (2016). Evocative autoethnography: Writing lives and telling stories. New York & London: Routledge.

Bulgin, Dominique, Tanabe, Paula, Jenerette, Coretta (2018). Stigma of Sickle Cell Disease: A Systematic Review. In: Issues in Mental Health Nursing, 39(8), 675–686.

- Browne, Kath, Nash, Catherine (2010). *Queer Methods and Methodologies: Intersecting Queer Theories and Social Science Research*. Aldershot: Ashgate.
- Carter, Robert (2007). Racism and Psychological and Emotional Injury: Recognizing and Assessing Race-Based Traumatic Stress. In: *The Counseling Psychologist* 35(1), 13–105.
- Castro Varela, Maria do Mar, Dhawan, Nikita (2015). *Postkoloniale Theorie. Eine kritische Einführung*. Bielefeld: transcript.
- Chang, Hewoon (2008). *Autoethnography as method*. Left Coast Press.
- Chawla, Devika, Atay, Ahmet (2018). Introduction: Decolonizing Autoethnography. In: *Cultural Studies* 18(1), 3–8.
- Collins, Patricia Hill (1999). *Black Feminist Thought. Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*. New York & London: Routledge.
- Denzin, Norman (2001). The Reflexive Interview and a Performative Social Science. In: *Handbook of Qualitative Research*, 733–748. London: Sage.
- Du Bois, W. E. B. (1903). *The Souls of Black Folk*. New York: Dover Publications.
- Egger, Josef (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. In: *Psychol Med* 16, 3–12.
- Engel, George (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. In: *Science*, 196(4286), 129–136.
- Engel, George (1992). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. In: *Family Systems Medicine* 10(3), 317–331.
- Ellis, Carolyn, Adams, Tony E., Bochner, Arthur P. (2011) Autoethnography: An Overview. In: *Historical Social Research* 36(4), 273-290.
- Ellis, Carolyn, Adams, Tony (2014). The Purposes, Practices, and Principles of Autoethnographic Research. In: Leavy, Patricia (Hr.). *The Oxford Handbook of Qualitative Research*. New York: Oxford University Print, 254–276.
- Essed, Philomena (1992). *Understanding Everyday Racism: An Interdisciplinary Theory*. California: Sage.
- Fanon, Frantz (1952) *Black Skin White Masks*. London: Penguin.

- Fereidooni, Karim (2016). Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen im Schulwesen. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Foroutan, Naika (2018). Die postmigrantische Perspektive: Aushandlungsprozesse in pluralen Gesellschaften. In: Hill, Marc; Yildiz, Erol (Hg*innen) Postmigrantische Visionen: Erfahrungen – Ideen – Reflexionen. Bielefeld: transcript, 15–28.
- Gahleitner, Silke Brigitta (2013). Forschung „bio-psycho-sozial“. In: Schneider, Armin, Rademake, Anna Lena, Lenz, Albert, Müller-Baron, Ingo, Soziale Arbeit – Forschung – Gesundheit. Opladen: Barbara Budrich, 49–66.
- Grosfoguel, Ramón (2005). The Implication of Subaltern Epistemologies for Global Capitalism: Transmodernity, Border Thinking, and Global Coloniality. In: Appelbaum, Richard, Robinson, William (eds.). Critical Globalization Studies. New York/London: Routledge, 283–292.
- Günes-Schneider, Naomi Brenya (2020). Black lives matter – auch im Kreißsaal. In: Deutsche Hebammen Zeitschrift 12(72), 82–83.
- Harding, Sandra (1986) The Science Question in Feminism. Ithaca, London: Cornell University Press.
- Henningham, Mandy (2021). Blak, Bi+ and Borderlands: An Autoethnography on Multiplicities of Indigenous Queer Identities Using Borderland Theory. In: Social Inclusion 9(2), 7–17.
- Holman-Jones, Stacy, Adams, Toni, Ellis, Carolyn (2022). Handbook of Autoethnography. New York: SAGE Publications.
- hooks, bell (1991). Theory as a Liberatory Practice. In: Yale Journal of Law and Feminism 4(1), 1–12.
- Horne, Gerald (2010). W.E.B. Du Bois: a Biography. California: Greenwood Press.
- Initiative Diskriminierungsfreies Bildungswesen (2020). Bericht zur Diskriminierung im Bildungssystem.
- Kazeem-Kaminski, Belinda (2016). Engaged Pedagogy. Antidiskriminatorisches Lehren und Lernen bei bell hooks. Wien: Zaglossus.
- Kelly, Natasha (2021). Rassismus. Strukturelle Probleme brauchen strukturelle Lösungen. Zürich: Atrium.

- Kilomba, Grada (2016). *Plantation Memories. Episodes of Everyday Racism*. Münster: Unrast.
- Kluge, Ulrike, Aichberger, Marion Christine, Heinz, E., Udeogu-Göžalan, Christiana, Abdel-Fatah, Dana (2020). Rassismus und Psychische Gesundheit. In: *Nervenarzt* 91/11, 1017-1024.
- Kosel, Kelly (2023). *Wissenschaftskritisch autoethnographisch Forschen, Lernen und Leben. Eine Autoethnographie über Wissen und Sein*. Masterarbeit: Universität Wien.
- Lerch, Leonore (2011). Rassismus. Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. In: *Wiener Landesverband für Psychotherapie-News* 2/2011, 9-13.
- Lerch, Leonore (2019). Psychotherapie im Kontext von Differenz, (Macht-) Ungleichheiten und globaler Verantwortung. In: *Psychotherapie Forum* 23(1), 51–58.
- Linklater, Renee (2014). *Decolonizing Trauma Work*. Winnipeg/Halifax: Fernwood Publishing.
- Marmot, Michael (2005). Social determinants of health inequalities. In: *The Lancet* 365(9464), 1099–1104.
- Melter, Claus (2013). Kritische Soziale Arbeit in Diskriminierungs- und Herrschaftsverhältnissen – eine Skizze. In: Spetsmann-Kunkel, Martin, Frieters-Reermann, Norbert (Hg.). *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft*. Opladen: Berlin: Barbara Budrich, 93–111.
- Mecheril, Paul, Velho, Astrid (2013). Rassismuserfahrungen. Von Abwehr und Hilflosigkeit zu Empowerment und involvierter Transformation. In: *Opferperspektive e.V. (Hg.*innen). Rassistische Diskriminierung und rechte Gewalt: beraten, informieren, intervenieren*. Münster: Westfälisches Dampfboot, 204-214.
- Mecheril, Paul; Teo, Thomas (1997). *Rassismus und Psychologie*. Hamburg: Rowohlt.
- Menakem, Resma (2017). *My Grandmother's Hands*. Las Vegas: Central Recovery Press.
- Mignolo, Walter, Tlostanova, Madlina (2008). The logic of coloniality and the limits of postcoloniality. In: Krishnaswamy, Revathi, Hawley, John (Hg.*innen). *The postcolonial and the global*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 109–124.

- Mignolo, Walter (2011). *The Darker Side of Western Modernity: Global Futures, Decolonial Options*. Durham: Duke University Press.
- Mukwende, Malone, Tamony, Peter, Turner, Margot (2020). *Mind the Gap: A Handbook of Clinical Signs on Black and Brown Skin*.
<https://www.blackandbrownskin.co.uk/mindthegap> [Zugriff am 14.10.2024]
- Mullan, Jennifer (2023). *Decolonizing Therapy. Oppression, Historical Trauma and Politicizing your Practice*. New York: WW Norton & Co.
- Ningel, Rainer (2011). *Methoden der Klinischen Sozialarbeit*. Bern: Haupt.
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs (ÖGÖ) (2021). *Gesundheit*.
<https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/G/gesundheit.html> [Zugriff am 10.10.2024].
- Ogette, Tupoka (2017). *exit RACISM. rassismuskritisch denken lernen*. München: Goldmann
- Osterhammel, Jürgen (1999). *Colonialism. A Theoretical Overview*. Jamaica: Ian Randle Publishers.
- Pauls, Helmut (2013a). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psychosozialer Behandlung*. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.
- Pauls, Helmut (2013b). *Das biopsychosoziale Modell- Herkunft und Aktualität*. In: *Resonanzen. E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 15-31. Verfügbar unter: <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/191> [Zugriff am 04.10.2024]
- Pauls, Helmut, Reicherts, Michael (2013). *Allgemeine Basiskompetenzen für sozialtherapeutische Behandlung*. In: Pauls, Helmut, Stockmann, Petra, Reicherts, Michael (Hg*innen). *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 57-78.
- Petersen, Emily, Davis, Nicole, Goodman, David, Cox, Shanna, Syverson, Carla, Seed, Kristi, Shapiro-Mendoza, Carrie, Callaghan, William M., Callaghan, Barfield, Wanda (2019). *Racial/Ethnic Disparities in Pregnancy-Related Deaths — United States, 2007–2016*. In: *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 68, 762–765.
- Psyonline (2025) Österreichs größtes Internet-Portal für Psychotherapie.
<https://www.psyonline.at> [Zugriff am 04.02.2025)]

- Rommelspacher, Birgit (2009). Was ist eigentlich Rassismus?, In: Melter, Claus, Mecheril, Paul (Hg.). Rassismuskritik Band I. Rassismustheorie und -forschung. Schwalbach: Wochenschau Verlag, 25–38.
- Saad, Farah (2023). Rassismus und biopsychosoziale Gesundheit. Zwischen (De)Thematisierung und widerständiger Praxis, In: Stichproben 43(22), 49–61.
- Saad, Farah (2022). Sozial für Wen? Intersektionalität in der Klinischen Sozialen Arbeit. Masterarbeit: FH Campus Wien.
- Saad, Farah, Taheri, Parissima (2021a). Psychosoziale Praxis für Wen. In: Therapie mal anders (Hg.*innen). Diversität und Diskriminierung in der Psychotherapie, 15–22.
- Saad, Farah, Taheri, Parissima (2021b). Rassismus im Bildungstempel. <https://www.suedwind-magazin.at/rassismus-im-bildungstempel/> [Zugriff am 01.03.2022].
- Saad, Farah, Taheri, Parissima (2021c). Wie es ist, wenn Studierende von der Uni heilen müssen. BIPOC Student Empowerment. In: Österreichische Hochschule_innenschaft (Hg.*innen). Mental Health. Psychische Gesundheit bei Studierenden, 36–43.
- Said, Edward (1978). Orientalism. London: Penguin Books.
- Schneider, Sven (2008). Der Schichtgradient von Morbidität und Mortalität. Vorschlag für ein theoretisches Erklärungsmodell gesundheitlicher Ungleichheit. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie ÖZS 33, 43-66.
- Saldaña, Johnny (2014). Coding and Analysis Strategies. In: Leavy, Patricia (Hg.*in). The Oxford Handbook of Qualitative Research. Oxford, New York: Oxford/University Press, 581–605.
- Santos, Boaventura de Sousa (2014). Epistemologies of the South: Justice Against Epistemicide. London: Routledge.
- Smith, William, Mustaffa, Jalil Bishop, Jones, Chantal, 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. In: International Journal of Qualitative Studies in Education 29(9), 1189–1209.
- Spry, Tami (2001). Performing autoethnography: An embodied methodological approach for qualitative research. In: Qualitative Inquiry, 706–732.

- Spry, Tami (2011). *Body, paper, stage: Writing and performing autoethnography*. New York/ London: Routledge.
- Spry, Tami (2016). *Autoethnography and the other: Unsettling power through utopian performatives*. New York: Routledge.
- Taylor, John, Turner, Jay (2002). Perceived discrimination, social stress, and depression in the transition to adulthood. In: *Racial contrasts: Social Psychology Quarterly*, 213–225.
- Tiðberger, Martina (2017). *Critical Whiteness. Zur Psychologie hegemonialer Selbstreflexion an der Intersektion von Rassismus und Gender*. Wiesbaden: Springer VS.
- Textor, Markus, Anlaş Tolga (2018). Rassismuskritische Soziale Arbeit. In: Blank, Beate; Gögercin Süleyman; Sauer, Karin; Schramkowski, Barbara (Hg.*innen). *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft*. Wiesbaden: Springer, 315–324.
- Tuck, Eve, Yang, Wayne (2012). Decolonization is not a metaphor. In: *Decolonization: Indigeneity, Education & Society*. (1)1, 1–40.
- Velho, Astrid (2010). (Un-)Tiefen der Macht. Subjektivierung unter den Bedingungen von Rassismuserfahrungen in der Migrationsgesellschaft. In: Broden, Anne; Mecheril, Paul (Hg.*innen). *Rassismus Bildet: Bildungswissenschaftliche Beiträge zu Normalisierung und Subjektivierung in der Migrationsgesellschaft*. Bielefeld: transcript.
- Wir Sind Auch Wien (2025) Zentrum für psychosoziale Gesundheit. <https://www.pari-ssima.com/wir-sind-auch-wien> [Zugriff am 03.02.2025]
- Yeboah, Amma (2017). Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland. In: Fereidooni, Karim; El, Meral (Hg*innen). *Rassismuskritik und Widerstandsformen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 143–158.

8. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das biopsychosoziale Krankheitsmodell in Anlehnung an Engel 1977 (Ningel 2011: 55)	25
Abbildung 2: Erklärungsmodell für den Schichtgradienten von Morbidität und Mortalität (Schneider 2008: 57)	27
Abbildung 3: Pyramide: Hierarchy of Power, Privilege and Oppression (Quelle Almeida et al. 2019:159).....	70

9. Anhang

Essay

Verfasst im Dezember 2024 von Farah Saad

BLM

2020

First round.

„Why. Do. I. have. To. Be. Here.

I am. white.”

Burn / out

People are dying

While they wait for you

„Aber was hat es mit mir zu tun?“

Abwehr, Umkehr, Scham

And always harm.

Parallel/ Jugendliche of Color

Was hat es mit mir zu tun?

White Saviorism

80% der Studierenden möchten im

Bereich Asyl/ Migration

arbeiten.

HOW?

Community Arbeit:

Therapie von der Therapie

Realitäten abgesprochen,

Verletzung

Reproduktionen

Kulturalisierung

Erklärarbeit

Rassistisch?

Ich

doch nicht.

Next Round of Students:

Hoffnung?

Anerkennung?

Performance und Performativität

Aber bissi was geht, immerhin.

BB – Horror

„Was wollts ihr uns

eigentlich

erzählen?

Habs immer schon so

Gemacht.
Werd's auch weiterhin so
machen.“

Mehr und Mehr
Community
Räume
Für Heilung
So viel
Bedarf
Verantwortung

Lichtblick: Wahlfach UniVie
Studis, die rassismuskritisch/e
Kompetenzen
lernen
wollen!
Es geht mehr als bissl.

Einrichtungen,
Ausbildungen,
Zugänge
Prozessbegleitung
Weil zu viel kontinuierlicher Schaden
Komparision:

FH / Univie
Pflicht / Freiwillig
Welch Disrespekt.
Hose anziehen,
Videos schauen,
Sekundäre Rassismuserfahrung
We gave you the names.
Entitlement.
“Alles is sooo spannend”
All white Studi-Gruppe.
What happened?

Mehr Anfragen
Mehr Schaden
More need for Community
Afrozensus
Masterarbeit: Aber ist das nicht einseitig?
What about the whiteys?
Defensio: Unterbrechung.
Aber wer sind diese Expert*innen, bitte?
Raus &
Gleichzeitig
Drinnen

Lehre

Anerkennung.

Strukturell:

Wir übernehmen zu viel.

Konzeptionsarbeit

0 Wertschätzung

emotional tax

0 Wertschätzung

Supervision

Emotional support für die Studis

0 Wertschätzung

Überverantwortung

Bildungseinrichtung

Schreibt es sich auf

die Fahne

Jugendarbeit

Wow, what in the

Shitshow is this.

Komm einmal als jüngste Mitarbeiterin

Of Color

in dieses gewaltvolle System:

„Wir wollen nicht bekehrt werden!“

„Ihr wisst ich bin als Coachin hier.“

„Ja, aber diskriminierst du jetzt alle weißen Leute,
weil nur

1

Ungut war?“

„Ich bin nicht eure Diversitybeauftragte, wisst ihr das?“

Un/Sympathien

Pendeln.

Verantwortung

Parteilichkeit

Expertise

Anerkennung

Gleichzeitige Aberkennung

Reproduktion

Reproduktionen

Jugendliche

Zukunft

Zuschreibung

Verantwortung

X kann das, weil X X ist?

Expertin aber ohne Expertise.

Zielscheibe

Parallel/ nochmal freiwillig

Such a difference

Mittäter*innenschaft
 Disruption
 Zielscheibe
 Disruption
 Zielscheibe
 Bildungseinrichtung//
 Immer schlimmer,
 mehr entitlement
 mehr Abwehr
 „Aber wir sind hier keine Rassisten“
 Auf wessen Kosten?
 Aufbau alternativer Strukturen
 Weg von Schaden
 weg von schädigenden Strukturen
 Community
 Traumainformiert
 Und immer
 Macht
 Diskriminierungs kritisch
 Rassismus-
 Von uns für uns
 Und für Alle
 Next round, frei/willige Studis
 „Ich glaub ich pack den Kurs nicht.“
 Auf wessen Kosten?
 Was macht es mit mir/dir/uns?
 Trying to decenter
 Whiteness
 But how to decenter
 Something so insidious.
 D.B. 15J
 „Rassismus macht krank“
 Wahlen
 Wahl/ergebnisse
 Angst /vor/ Abschiebung
 „Kann ich in Ö bleiben?“
 „Rassismus macht verrückt“
 Ja. Ja. Ja.
 Way to go!
 und: boom, es platzt.
 Weiße Mitarbeiterin interveniert.
 Zerstört
 Ver/bindung
 Mit Disziplinierung

Und immer
Einer Machtübernahme.

- - -

Zwischen den Rollen
Zwischen
Anerkennung
Aberkennung
Abwertung
Und stets mehrfache Rollen
Mehr/fache Belastung
Verantwortung
Wissen
Schmerz
und indem
Einzelner
Vieler
Momente
Und
Empowerment.