Fachstelle
Gerecht:Behandelt —
gegen Diskriminierung
im Gesundheitswesen



Themenheft

MINORITY STRESS

Wenn Diskriminierung krank macht

INHALT

Einleitung	3
Eine alltägliche Situation	4
Was heißt Minority Stress?	5
Studienlage und Kennzahlen	6
Folgen für die individuelle Gesundheit	7
Folgen für das Gesundheitssystem	8
Handlungsempfehlungen	9
Quellen	11

Kontakt und Impressum:

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
Fachstelle Gerecht:Behandelt – gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen

Friedrichstraße 231, 10969 Berlin

E-Mail: gerechtbehandelt@gesundheitbb.de
Web: www.gerechtbehandelt.de

Redaktion: Stefan Pospiech (V.i.S.d.P.), Sascha Rewald (Projektleitung), Nastaran Tajeri-Foumani, Jennifer Dirks

Gefördert durch die Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung und befindet, in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.

BERLIN
Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung

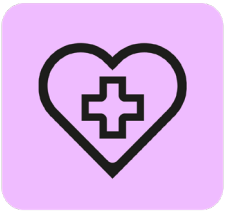
Themenheft

MINORITY STRESS

Wenn Diskriminierung krank macht

EINLEITUNG

Der Begriff Minderheitenstress (Minority Stress) beschreibt die zusätzliche, chronische Stressbelastung, der Menschen ausgesetzt sind, die aufgrund ihrer Identität oder Zugehörigkeit zu einer stigmatisierten Gruppe Diskriminierung, Ablehnung oder Vorurteilen begegnen. Das hat negative Folgen für die allgemeine und psychische Gesundheit. Diskriminierung ist somit nicht nur eine politische oder soziale Frage, sondern wirkt sich messbar auf Gesundheit, Versorgung und Gesundheitsverhalten aus.



Gesundheitliche Ungleichheit entsteht dabei aus dem Zusammenspiel politischer, sozialer und ökonomischer Bedingungen, von Lebens-, Wohn- und Arbeitsverhältnissen sowie von psychosozialen Faktoren. Diskriminierung ist in diesem Gefüge kein Randthema, sondern ein relevanter Belastungsfaktor. Minority Stress beschreibt einen Teil dieses Zusammenhangs.



Es lohnt sich also, sich mit dem Thema Minority Stress zu beschäftigen. Denn ein besseres Verständnis dafür, wie Diskriminierung als Gesundheitsfaktor wirkt, hilft dabei, Symptome realistischer einzuordnen und Fehldiagnosen zu vermeiden. Es fördert das Vertrauen zwischen Fachkraft und Patient*innen – und damit die Bereitschaft, Behandlungsangebote und Empfehlungen anzunehmen.



EINE ALLTÄGLICHE SITUATION

Eine Fallvignette zu Diskriminierung im Gesundheitswesen und wie aus kleinen Momenten ein großer Vertrauensverlust entsteht.

Amara ist 34 Jahre alt, alleinerziehende Mutter eines zweijährigen Kindes und berufstätig. Seit Wochen leidet sie unter massiven Rücken- und Schulterschmerzen, die sich nicht bessern. Heute hat sie endlich einen Termin bei ihrer Hausärztin – den ersten seit vielen Jahren.

Zwischen Job, Kita und Haushalt bleibt kaum Zeit für Arztbesuche. Schon als sie in der Praxis ankommt, hat Amara einen anstrengenden Tag hinter sich: Im Treppenhaus wird sie von einer Nachbarin nicht gegrüßt, im Bus rückt jemand demonstrativ von ihr weg, in der Kita wird sie auf „ihre kulturellen Gewohnheiten“ angesprochen, auf der Arbeit wird ihr eine Aufgabe mit den Worten „das ist eher was für eine Frau“ zugewiesen. All das sind keine Einzelfälle, sondern Teil eines Musters, das Amara täglich begleitet.

In der Praxis wird sie, noch bevor sie ihre Beschwerden schildern kann, auf die Waage gebeten. „Wir sollten mal über Ihr Gewicht sprechen. Ich weiß ja, dass in Ihrer Kultur gerne viel und fettig gegessen wird“, sind die ersten Sätze der Ärztin. Amara fühlt sich beschämt und würde am liebsten gehen. Doch die Schmerzen sind fast unerträglich, also bleibt sie. Als sie versucht, ihre Symptome zu erklären, wird sie schnell unterbrochen. Die Rückenschmerzen werden auf das „zusätzliche Gewicht auf der Wirbelsäule“ zurückgeführt. Dass Amara auch Schulterschmerzen hat, überhört die Ärztin. Dass die Schmerzen stark sind, bezweifelt sie („Dann könnten Sie schon gar nicht mehr so lange hier sitzen.“). Nach einer kurzen Untersuchung bekommt Amara die Empfehlung, sich in einem Fitnessstudio anzumelden. Dass sie dafür weder Zeit noch Geld hat, sagt sie nicht – sie will jetzt nur noch gehen.

„Wir sollten mal über Ihr Gewicht sprechen. Ich weiß ja, dass in Ihrer Kultur gerne viel und fettig gegessen wird“

Diese Art von Gespräch ist für Amara nichts Neues. Es ist auch nicht das erste Mal, dass sie das Gefühl hat, nicht als ganze Person wahrgenommen zu werden, sondern zuerst als Zahl auf einer Waage, dann als Schwarze Frau und schließlich als von Armut betroffene Person. Als sie die Praxis ohne Antworten und Hilfe verlässt, fasst sie innerlich einen stillen Entschluss: Sie wird den nächsten Termin so lange wie möglich aufschieben und sich vielleicht eine andere Praxis suchen. In der Zwischenzeit wird sie weiterhin ihre Yogaübungen machen, wenn ihr Kind schläft, und Schmerzmittel nehmen, damit sie in ihrem Job nicht ausfällt.

All das ist in weniger als zehn Minuten passiert. Es gab keine offene Beleidigung, keinen Eklat und auch kein massives Fehlverhalten, das sich in einer Beschwerde festhalten lassen könnte. Und trotzdem hat sich in dieser kurzen Zeitspanne etwas verändert: Amaras Vertrauen in die eigene Gesundheitskompetenz, ihre Bereitschaft, diese Praxis erneut aufzusuchen, und auch ihre körperliche und mentale Gesundheit selbst.

Genau deshalb darf diese Belastung in der Praxis nicht dort landen, wo sie im Fall von Amara landet: als vermeintliches Regulationsproblem bei der Person selbst, als „subjektive Empfindlichkeit“ oder „geringe Belastbarkeit“. Stattdessen braucht es ein Verständnis dafür, dass Diskriminierungserfahrungen reale Gesundheitsfolgen haben und dass Fachkräfte im Gesundheitswesen einen entscheidenden Einfluss darauf haben, ob sich diese Belastung verstärkt oder abgebaut wird.

Hinweis: Diese Szene ist zugespitzt. Sie soll keine pauschale Kritik an Hausarztpraxen darstellen. Viele Fachkräfte möchten sorgfältig handeln, haben jedoch wenig Zeit und sehen sich mit Herausforderungen wie kurzen Terminen, fehlenden Fortbildungen, unklaren Dokumentationswegen oder begrenzten Möglichkeiten zur interdisziplinären Zusammenarbeit konfrontiert.

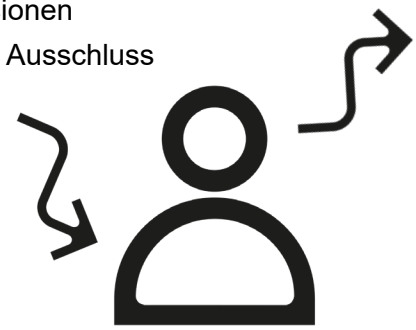
WAS HEISST MINORITY STRESS?

Der Begriff „Minority Stress“ wurde 1995 vom Psychologen Ilan H. Meyer wissenschaftlich systematisiert[1] und bezeichnet eine spezifische, chronische Belastung, die Angehörige marginalisierter und diskriminierter Gruppen zusätzlich zu ihrer allgemeinen Lebensbelastung erfahren. „Othering“, also die gesellschaftliche Konstruktion einer Gruppe als „andersartig“ und nicht der vermeintlichen Norm zugehörig, bildet dabei den strukturellen Nährboden, auf dem „Minority Stress“ entsteht.

Meyer unterscheidet zwei Ebenen von Stressoren[2]:

Von außen einwirkende Stressoren

- Diskriminierungserfahrungen
- Mikroagressionen
- Struktureller Ausschluss



Subjektive Verarbeitungsprozesse

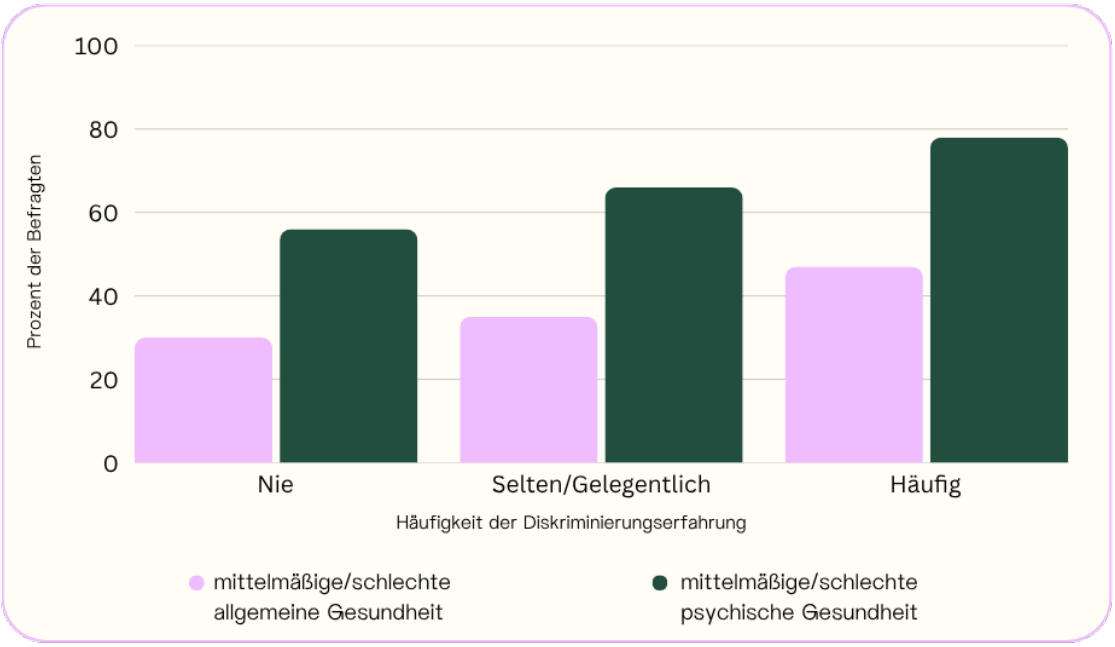
- Erwartung, benachteiligt zu werden
- Verbergen von Identitätsmerkmalen zum eigenen Schutz
- Übernahme abwertender gesellschaftlicher Zuschreibungen in das eigene Selbstbild

Zurück zu Amara: Wie Meyers Modell sichtbar wird

Amara ist Schwarz, alleinerziehend, von Armut und Gewichtsdiskriminierung betroffen. Sie erlebt im Alltag regelmäßig Diskriminierung und Othering. Amara geht mit hoher Anspannung zu ihrer Ärztin, da sie aus früheren Erfahrungen weiß, was sie erwarten könnte. In der Psychologie wird dieser Zustand als antizipatorischer Stress bezeichnet. Es ist eine permanente innere „Habachthaltung“, mit der Menschen aus marginalisierten Gruppen sozialen und institutionellen Situationen mit gutem Grund begegnen, ganz unabhängig davon, ob im Moment tatsächlich Diskriminierung stattfindet. Dieser Zustand kostet Energie, selbst wenn vermeintlich „nichts passiert“. Genau hier zeigt sich, warum diese Form von Stress nicht als Randphänomen behandelt werden darf, sondern als ernstzunehmender Faktor in Anamnesen und explizit im Kontext mentaler Gesundheit.

STUDIENLAGE UND KENNZAHLEN

Der Zusammenhang zwischen Diskriminierung und Gesundheit lässt sich in der Versorgungsrealität in Deutschland konkret nachweisen. Das zeigt unter anderem eine aktuelle Studie des Robert Koch-Instituts[3]: Mit zunehmender Häufigkeit und Anzahl wahrgenommener Diskriminierungsgründe steigt die Wahrscheinlichkeit für gesundheitliche Probleme deutlich an. Personen, die besonders oft und aus mehreren Gründen zugleich Diskriminierung erfahren, haben teils doppelt so viele gesundheitliche Probleme wie Personen ohne diese Erfahrungen.



Eine begriffliche Präzisierung, die hier wichtig ist: Das RKI spricht bewusst nicht von „intersektionaler“, sondern von Mehrfachdiskriminierung und begründet das methodisch. Ob sich mehrere gleichzeitig erfahrene Diskriminierungsgründe tatsächlich gegenseitig verstärken (statt sich nur zu addieren), sei mit den aktuellen Daten noch nicht sauber statistisch abzubilden.

In der RKI-Studie benennt mehr als die Hälfte der Betroffenen, von einer Diskriminierungskategorie betroffen zu sein, 24 Prozent nennen zwei und 23 Prozent geben drei oder mehr Kategorien gleichzeitig an. Am häufigsten wird die Kombination aus Alter und Geschlecht bzw. Gender genannt, gefolgt von Alter und sozioökonomischer Lage sowie sozioökonomischer Lage und Herkunft. Letzteres trifft auf unser Fallbeispiel zu.

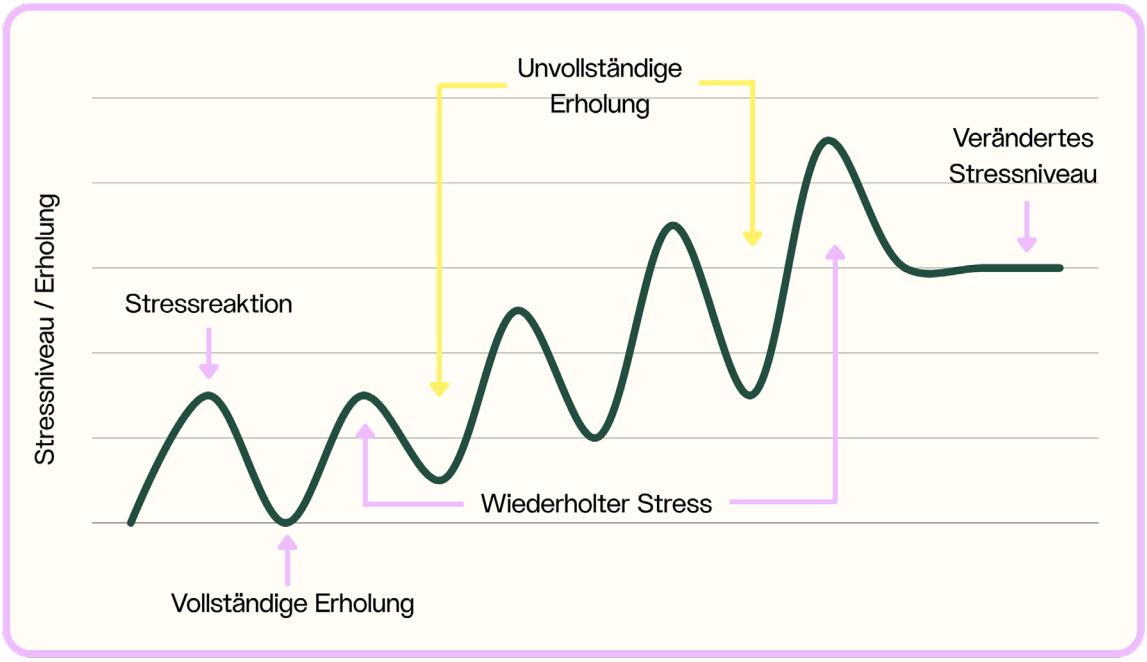
Die Studie zeigt auch einen direkten Zusammenhang mit der sozioökonomischen Lage: Diskriminierung wegen des Einkommens, des Berufs oder des Sozialstatus trägt dazu bei, dass Gesundheit sozial ungleich verteilt ist. Im Fall von Amara bedeutet dies: Diskriminierung erzeugt nicht nur psychischen Stress, sondern verschlechtert gleichzeitig die wirtschaftliche Lage, die wiederum ein eigener Faktor für schlechte Gesundheitschancen ist.

FOLGEN FÜR DIE INDIVIDUELLE GESUNDHEIT

Aufschluss über Folgen für die Gesundheit liefert die Studie des Robert Koch-Instituts gleich mit. Minority Stress kann dazu führen, dass bestimmte biologische Stressmarker, wie z. B. das Hormon Cortisol, dauerhaft erhöht sind. Wenn der Körper über lange Zeit ständig auf Stress reagiert, gerät sein Gleichgewicht durcheinander. Fachleute nennen diesen Zustand „allostatische Last“[4]. Vereinfacht gesagt nutzt sich der Körper durch den Dauerstress langfristig ab. Das erhöht das Risiko für verschiedene Erkrankungen und kann sogar die Lebenserwartung verringern.

Bei Diskriminierung kommt eine Besonderheit hinzu: Der Stress hört oft nicht auf, selbst wenn die konkrete Situation längst vorbei ist. Betroffene müssen jederzeit damit rechnen, erneut diskriminiert zu werden. Diese dauerhafte innere Wachsamkeit begleitet sie durch den gesamten Alltag und hält den Stress im Körper aufrecht.

Wenn Körper und Psyche dauerhaft auf Abwertung, Übergriffigkeiten, Gewalt und Ausgrenzung eingestellt sind, bleibt kaum Raum für Erholung. Erschöpfung wird zum chronischen Grundzustand. Mentale Gesundheit ist in diesem Kontext also kein nachgelagertes Thema, das erst relevant wird, wenn Diskriminierung sichtbar eskaliert. Sie ist von Anfang an mitbetroffen – durch die unsichtbare Arbeit der Selbstregulation und Selbstbeherrschung, die marginalisierte Menschen leisten müssen, um alltägliche Situationen zu bewältigen.



FOLGEN FÜR DAS GESUNDHEITSSYSTEM

Die Folgen von Minority Stress zeigen sich auch im Verhalten gegenüber und dem Vertrauen in das Gesundheitswesen selbst. In unserem Beispiel fasst Amara nach der Untersuchung still den Entschluss, den nächsten Termin so lange wie möglich hinauszuzögern. Für Amara ist diese Reaktion keine bewusste Entscheidung gegen ihre Gesundheit, sondern eine nachvollziehbare Konsequenz aus wiederholten Erfahrungen, in denen sie sich nicht als ganze Person wahrgenommen, sondern auf einzelne Merkmale reduziert fühlt. Wenn Menschen wie Amara das Gefühl haben, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen, ihre Identität pathologisiert oder ihre Lebensrealität ignoriert wird, sinkt das Vertrauen in das Gesundheitssystem nachhaltig.[5, 6] Dieses Vertrauensdefizit hat konkrete Folgen:

Verschweigen relevanter Informationen	Zum Schutz vor weiterer Diskriminierung oder aus Scham verschweigen Betroffene relevante Aspekte ihrer Lebenssituation, Identität oder Symptome. Das erschwert die Versorgung und kann zu Fehldiagnosen führen.
Späte Inanspruchnahme von Angeboten	Betroffene suchen später Hilfe – oft erst, wenn Beschwerden bereits chronisch oder akut geworden sind. Das erschwert Diagnostik und Behandlung und erhöht langfristig den Versorgungsbedarf.
Abbruch von Behandlungen	Wenn sich Patient*innen nicht gehört oder respektiert fühlen, brechen sie Therapien oder Medikationen häufiger ab. Das führt nicht nur zu schlechteren Gesundheitsoutcomes, sondern auch zu einem ineffizienten Ressourceneinsatz.
Wechsel von Einrichtungen	Betroffene suchen nach negativen Erfahrungen eine andere Praxis oder Klinik auf, oder verzichten ganz auf weitere Kontakte. Das führt zu Brüchen in der Versorgungskette und erschwert die kontinuierliche Betreuung.
Möglicher kumulativer Effekt	Für Menschen, die aus mehreren Gründen Diskriminierung erfahren (Herkunft, Geschlecht, sozioökonomische Lage, Gewicht), potenzieren sich diese Effekte. Jede zusätzliche Diskriminierungserfahrung erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sie dem Gesundheitssystem langfristig misstrauen.
Ökonomische Konsequenzen	Späte Erkennung verteuert Behandlung: Aus vermeidbaren Komplikationen werden aufwendige Interventionen, Erkrankungen, die früh behandelt worden wären, verfestigen sich. Das zieht Ausgaben für Medikamente, Therapie und Krankenhausaufenthalte nach sich. Abgebrochene Behandlungen, Fehldiagnosen und Praxiswechsel binden durch Mehrfachuntersuchungen und Notfallbesuche Personal, Zeit und Budget.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

**Impulse für die Praxis: Von der eigenen Haltung bis zur Struktur.
Wo Sie ansetzen können, ohne alles auf einmal zu verändern.**

Stress minimieren statt verstärken

Beginnen Sie Gespräche mit dem eigentlichen Anliegen der Person, bevor Sie weitere Fragen stellen. Prüfen Sie mit gezielten Nachfragen, ob Ihre Empfehlungen zur Lebensrealität der Patient*innen passen – etwa zu Zeit, Budget, familiärer Situation oder kulturellem Hintergrund. Reflektieren Sie beiläufige Bemerkungen im Alltag (z. B. zu Gewicht, Herkunft oder Lebensstil). Überlegen Sie, wie diese wirken könnten und welche alternativen Formulierungen respektvoller sind.

Minority Stress in der Anamnese mitdenken

Betten Sie Fragen nach Diskriminierungserfahrungen in die Anamnese ein – ähnlich wie Fragen zu Schlaf, Ernährung oder Bewegung. Dokumentieren Sie wiederkehrende Diskriminierungserfahrungen strukturiert, damit Patient*innen diese nicht bei jedem Termin neu erläutern müssen. Prüfen Sie bei unspezifischen oder chronischen Beschwerdebildern systematisch, ob neben somatischen Ursachen auch stressbedingte Symptomatik eine Rolle spielen könnte, bevor Sie Empfehlungen aussprechen.

Eigene Leerstellen und Vorurteile erkunden

Machen Sie sich bewusst, welche unbewussten Zuschreibungen Ihnen zu bestimmten Patient*innengruppen begegnen. z. B. zu Ernährung, „Kultur“, Erziehung oder Selbstbestimmung. Hinterfragen Sie, woher diese Bilder stammen und ob sie der Realität entsprechen. Beobachten Sie Ihre eigene Reaktion, wenn Patient*innen Ihre Empfehlungen zurückweisen: Was löst das in Ihnen aus? Nutzen Sie kollegialen Austausch, gezielte Fortbildungen oder Supervision, um eigene Leerstellen leichter zu erkennen und zu reflektieren. [7]

Strukturelle Ebene: Formulare, Fragebögen, Abläufe

Prüfen Sie Ihre Anamnesebögen, Formulare und Informationsmaterialien aus der Perspektive von Personen, deren Lebensform nicht der vermeintlichen Norm entspricht (z. B. zu Wohnsituation, Einkommen, Herkunft, Gender, sexueller Orientierung, Behinderung). Passen Sie Formulierungen und Optionen an, damit sich mehr Menschen wiederfinden. Entwickeln Sie niedrigschwellige Wege, über die Patient*innen Diskriminierungserfahrungen im Versorgungskontext mitteilen können – ohne Angst vor Stigmatisierung oder Sanktionen. Achten Sie darauf, wer in Ihren Flyern, Wartezimmerbroschüren und Anmeldeformularen repräsentiert ist und wessen Lebensrealität bislang fehlt.

Passende Reflexionsfragen auf der nächsten Seite

Zum Weiterdenken

Die folgenden Reflexionsfragen orientieren sich an den eben genannten Impulsen – für den eigenen Arbeitsalltag, die Teambesprechung oder eine Qualitätsrunde:

*Womit beginne ich ein Gespräch: mit dem Anliegen der Patient*innen oder mit meinen eigenen Beobachtungen? Wann ist das so und wann nicht?*

Welche Empfehlungen gebe ich regelmäßig und passen sie zur Zeit, zum Budget und zur familiären Situation der Menschen, mit denen ich spreche?

Wann frage ich nach Belastungen, Diskriminierungserfahrungen oder dem Gefühl, nicht ernst genommen zu werden?

Bei welchen unspezifischen oder chronischen Beschwerden denke ich automatisch an somatische Ursachen? Und wann berücksichtige ich auch psychosozialen Stress?



*Welche Zuschreibungen und Vorurteile habe ich zu bestimmten Patient*innengruppen und woher stammen diese?*

*Bei welchen Patient*innen falle ich schnell in eine belehrende Rolle und bei welchen nicht?*

Welche Lebensrealitäten finden in meinen Anamnesebögen, Formularen und Informationsmaterial keine Berücksichtigung?

*Welche Abläufe könnten Patient*innen unnötig belasten? Beispiele hierfür sind wiederholte Fragen, fehlenden Sprachmittlung oder unklare Zuständigkeiten.*

QUELLEN

1 Meyer, I. H. (1995). Minority Stress and Mental Health in Gay Men. Journal of Health and Social Behavior, 36(1), 38–56.

2 Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. Psycho logical Bulletin, 129(5), 674–697. https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674

Sawyer, P. J., Major, B., Casad, B. J., Townsend, S. S. M. & Mendes, W. B. (2012). Discrimination and the Stress Response: Psychological and Physiologi cal Consequences of Anticipating Prejudice in Interethnic Interactions. American Journal of Public Health, 102(5), 1020–1026. https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300620

3 Koschollek, C., Bug, M., Bartig, S., Pöge, K., Cohrdes, C., Hövener, C., Kajik hina, K. & Hoebel, J. (2026). Discrimination and Health: Results of the Panel ‘Health in Germany’ 2024. Journal of Health Monitoring. Robert Koch-Institut. https://doi.org/10.25646/13912

4 McEwen, B. S. (1998). Protective and Damaging Effects of Stress Mediators. New England Journal of Medicine, 338(3), 171–179. https://doi.org/10.1056/NEJM199801153380307

5 Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) (2023). Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors (NaDiRa) 2023. Berlin: DeZIM. https://www.rassismusmonitor.de/publikationen/rassismus-und-seine-symptome/

6 Kluge, U., Aichberger, M. C., Heinz, E., Udeogu-Gözalan, C. & Abdel-Fatah, D. (2020). Rassismus und psychische Gesundheit. Der Nervenarzt, 91(11), 1017–1024. https://doi.org/10.1007/s00115-020-00990-1

7 Schouler-Ocak, M. & Graef-Calliess, I. T. für die DGPPN (2020). Auswirkungen von Rassismus auf die psychische Gesundheit. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). Berlin: DGPPN.

Über die Fachstelle Gerecht:Behandelt – gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen

Diskriminierung gefährdet die Gesundheit, verstärkt den Fachkräftemangel und mindert die Patient*innensicherheit. Damit sich das ändert, braucht es strukturelle Veränderungen im Gesundheitswesen. Dafür engagiert sich die Fachstelle Gerecht:Behandelt – gemeinsam mit Community-Organisationen, Institutionen, gesundheitspolitischen Gremien und Fachkräften aus dem Gesundheitswesen.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website www.gerechtbehandelt.de

Abonnieren Sie auch unseren Newsletter: