

DISKRIMINIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN: BEDARFSANALYSE ZUR EINRICHTUNG EINER FACHSTELLE IN BERLIN

ABSCHLUSSBERICHT

Britta Hecking, Albrecht Lüter, Verena Mörath

Unter Mitarbeit von Rada Pantelic



Gefördert von der Berliner Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung (LADS). Referat IV A – Diversity und Antidiskriminierungsrecht



**CAMINO
WERKSTATT FÜR FORTBILDUNG,
PRAXISBEGLEITUNG UND
FORSCHUNG IM SOZIALEN
BEREICH GGMBH**

MAHLOWER STR. 24 • 12049 BERLIN
TEL +49(0)30 610 73 72-0
FAX +49(0)30 610 73 72-29
MAIL@CAMINO-WERKSTATT.DE
WWW.CAMINO-WERKSTATT.DE

INHALTSVERZEICHNIS

1	ZUSAMMENFASSUNG	5
2	EINLEITUNG	11
3	METHODISCHES VORGEHEN	13
4	DISKRIMINIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN: ZUGÄNGE DER FORSCHUNG	16
4.1	Zum Begriff von Diskriminierung	17
4.2	Gesundheitliche Folgen von Diskriminierung	19
4.3	Merkmalspezifische Diskriminierungserfahrungen	21
4.4	Beschwerdemechanismen und Handlungsbedarfe	24
5	DISKRIMINIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN: HERAUSFORDERUNGEN UND BEDARFE IN BERLIN	27
5.1	Diskriminierung im Gesundheitswesen: Grundlagen	27
5.2	Mehrdimensionale Diskriminierungserfahrungen	31
5.3	Barrieren und Zugangshürden	37
5.4	Gruppen- und bereichsspezifische Diskriminierungserfahrungen	43
5.5	Beschwerdestrukturen und Gewährleistung von Patient*innenrechten	48
5.6	Lernen und Verlernen: Diskriminierende Wissensbestände und Diversitätskompetenz	52
6	EMPFEHLUNGEN ZUR EINRICHTUNG EINER BERLINER FACHSTELLE GEGEN DISKRIMINIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN	56
6.1	Information und Aufklärung	58
6.2	Netzwerkarbeit und Aktivierung	60
6.3	Qualifizierung und Professionalisierung	64
6.4	Beratung und Unterstützung	67
6.5	Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung der Stadtgesellschaft	70
6.6	Konzeptions- und Strategieentwicklung	71
6.7	Strukturaufbau und Schwerpunktsetzung	72
6.8	Trägerprofil- und kompetenzen	74
7	LITERATURVERZEICHNIS	76
8	ANHANG	79

1 ZUSAMMENFASSUNG

Deutschland verfügt im internationalen Vergleich über ein relativ gut ausgebautes und hochdifferenziertes Gesundheitswesen, in Berlin steht eine Vielzahl von Versorgungsangeboten zur Verfügung. Ungeachtet rechtlicher Ansprüche und der berufsethischen Verpflichtung zu einer diskriminierungsfreien Versorgung ist das deutsche Gesundheitswesen bisher jedoch weder für alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen zugänglich, noch ist die Qualität der Behandlung für alle Gruppen vergleichbar gut. Diskriminierung im Gesundheitswesen ist vielmehr verbreitet und trifft insbesondere ohnehin diskriminierte und vulnerable Gruppen. Neben individuellen Einstellungen und Vorurteilen im Gesundheitspersonal ist dieser Umstand durch strukturelle Muster von Medizin und Gesundheitsversorgung begründet.

Diskriminierung im Gesundheitswesen entgegenwirken!

Um den in jüngerer Zeit vermehrt in den Fokus getretenen Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen entgegenzutreten, beabsichtigt die Berliner Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung (LADS) die Einrichtung einer Fachstelle. Sie soll Diskriminierung und Benachteiligungen abbauen und die Gesundheitsversorgung diskriminierungssensibler und inklusiver gestalten. Im Vorfeld eines diesbezüglichen Interessenbekundungsverfahrens hat Camino als unabhängiges Evaluations- und Praxisforschungsinstitut – gefördert durch Zuwendungsmittel der LADS – die vorliegende Situations- und Bedarfsanalyse erstellt, die zentrale Herausforderungen in Berlin darstellt und Empfehlungen zu prioritären Aufgabenfelder formuliert.

Die Situations- und Bedarfsanalyse wurde im Zeitraum von August 2024 bis Februar 2025 umgesetzt, Handlungsempfehlungen zur Ausgestaltung des Interessenbekundungsverfahrens wurden der LADS bereits im November 2024 zur Verfügung gestellt. Die Analyse verknüpft Zielstellungen auf verschiedenen Ebenen: Sie dient der Situationsanalyse und der Wissensgenerierung, der Beratung und Praxisbegleitung ebenso wie der Anhörung und Beteiligung. Mithilfe von Interviews und Fachdialogen wurden Perspektiven und Bedarfswahrnehmungen einer Vielzahl von Fachakteuren aufgenommen und berücksichtigt.

Mehrdimensionale Muster der Diskriminierung im Gesundheitswesen

Forschungsstand und Erhebungen belegen, dass der Gesundheitsbereich wie andere gesellschaftliche Bereiche kein diskriminierungsfreier Raum ist. Diskriminierungen im Gesundheitswesen sind zudem auf mehreren Ebenen anzutreffen. Neben tiefliegenden, historisch überkommenen und gesamtgesellschaftlich verankerten, beispielsweise rassistischen Mustern der Ungleichbehandlung sind im Blick auf Antidiskriminierungsmaßnahmen im Gesundheitswesen die interpersonalen Ebene ebenso wie die institutionelle Ebene zu berücksichtigen. Das bedeutet, dass neben individuellen Einstellungen, Motiven, Absichten und Interessen auch die (bauliche und organisatorische) Architektur von Gesundheits- und Versorgungseinrichtungen, die Ausgestaltung von institutionellen Handlungsregeln und professionellen Normen, Formen des medizinischen und pflegerischen Wissens oder die Ausgestaltung von Zugangsmöglichkeiten und Unterstützungsmaßnahmen in die Betrachtung einzubeziehen sind.

Etablierte Strukturen und Prozesse diskriminieren und benachteiligen bestimmte Gruppen also oftmals systematisch. So verweist eine Vielzahl von Fachakteuren und Expert*innen darauf, dass strukturelle Barrieren, etwa physische und sprachliche Hindernisse oder auch der Mangel an diversitätssensiblen medizinischen Angeboten, den Zugang zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung für marginalisierte Gruppen erheblich erschweren. Dies betrifft nicht nur den Zugang zu medizinischer Versorgung an sich, sondern auch die Qualität der Behandlung sowie die Möglichkeit zur Inanspruchnahme von Unterstützung durch Beratungs- und Beschwerdestellen. Erheblich betroffen sind davon zum einen Menschen mit besonderen gesundheitsbezogenen Bedarfen, z.B. aufgrund einer Behinderung oder chronischen Erkrankung, und mehrfach

diskriminierte Menschen, z.B. wenn sie nur über wenig Einkommen verfügen, weiblich und migrantisch gelesen werden. Es deutet sich ebenso an, dass es in einigen Bereichen des Gesundheitswesens, z.B. der Psychotherapie oder Geburtshilfe, zu Problemverdichtungen kommt, insbesondere wenn diese strukturell überlastet sind.

Im Einklang mit dem Forschungsstand wurden in den Expert*innen-Befragungen z.B. Diskriminierungsrisiken durch räumliche und sprachliche Zugangsbarrieren benannt, aber gleichfalls Diskriminierungserfahrungen aufgrund mangelnden Fachwissens und unzureichender Sensibilisierung des medizinischen und pflegenden Gesundheitspersonals für die spezifischen Bedürfnisse bestimmter Patient*innen-Gruppen. Ebenfalls als Diskriminierung befördernd wird eine unzureichende diversitätsorientierte Ausrichtung der Angebote des Gesundheitssystems eingeschätzt.

Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl an Diskriminierungsvorfällen auf der interpersonalen Ebene, falsche Ansprachen, abschätzige Verhaltensweisen, stereotype, stigmatisierende oder übergriffige Behandlung, Ignoranz und Ablehnung in vielfältigen Erscheinungsformen. Einerseits zeigen sie das Hineinwirken gesamtgesellschaftlich verbreiteter Ungleichwertigkeitsüberzeugungen und Abwertungsmuster in das Gesundheitswesen. Auch Menschen, die sich für das Gesundheitswesen als Berufsfeld entschieden haben, können also diskriminierende Einstellungen und Handlungen an den Tag legen. Dieser Umstand wiegt umso schwerer, als Betroffene dem Gesundheitswesen mit der gegenteiligen Erwartung von Hilfe und Unterstützung entgegentreten. Andererseits werden solche individuellen Verhaltensweisen aber nicht nur von außen in das Gesundheitswesen eingebracht, sie werden auch durch dessen spezifische institutionelle und strukturelle Mechanismen und Abläufe beeinflusst. Zeit- und Effizienzdruck in standardisierten Abläufen und Routinen kann sie beispielsweise verstärken oder zu ihrer Legitimation und Rechtfertigung herangezogen werden.

Blockierte Gegenwehr?

Das Zusammenwirken der Diskriminierungsebenen zeigt sich insbesondere an ausbleibenden Konsequenzen bei Vorfällen auf der interpersonalen Ebene, wenn z.B. interne Beschwerdestrukturen auf institutioneller Ebene nicht greifen, unabhängige Beschwerdestellen fehlen und Antidiskriminierungsgesetze nicht zureichend durchgesetzt werden. Es ist deshalb unbedingt notwendig, Diskriminierung auf den verschiedenen Ebenen nicht losgelöst voneinander, sondern in ihrem Zusammenspiel zu betrachten, damit ihr erfolgreich begegnet werden kann. Der Abbau von Diskriminierung im Gesundheitswesen wird allerdings aufgrund der mit einer Orientierung an Norm- und Durchschnittswerten und idealtypischen Patient*innen immer noch einhergehenden Ablenkung sozialer Diversität und gruppenspezifischer Bedarfe erschwert. Für Patient*innen und Nutzende des Versorgungssystems erscheint dieses zudem oftmals intransparent und überkomplex und durch starke interne Hierarchien geprägt. Das erhöht die Barrieren zum erfolgreichen Einfordern und Durchsetzen eigener Ansprüche und Versorgungsbedarfe.

Diskriminierung macht krank: Folgen für die Betroffenen

Diskriminierung im Gesundheitswesen wird von Betroffenen als besonders schlimm und gefährlich erlebt, weil Patient*innen von Ärzt*innen und ihren Behandlungen abhängig sind. Menschen sind im Gesundheitsbereich aufgrund von Krankheit oder Pflegebedürftigkeit besonders vulnerabel und haben deshalb weniger Möglichkeiten, sich zu wehren. Hinzu kommt, dass sich Diskriminierungserfahrungen negativ auf den Gesundheitszustand auswirken und Menschen auch an der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen hindern. Diskriminierung kann krank machen und Kranksein kann zu (weiteren) Diskriminierungserfahrungen führen.

Grundlegende Handlungsbedarfe zum Abbau von Diskriminierung im Gesundheitswesen

Neben der eingehenden Situationsanalyse richtet sich die Bedarfsanalyse – wie dargestellt – in gleichem Maße auf die Generierung von Empfehlungen und Hinweisen zur Einrichtung der Berliner Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen. Die mehrdimensionale Struktur

von gesundheitsbezogener Diskriminierung, ihre oftmals gruppenspezifischen Ausprägungen, die besonderen Erscheinungsformen in unterschiedlichen Bereichen und Sektoren sowie die begrenzte Reichweite von Einspruch- und Beschwerdeangeboten zeigen den hohen Bedarf an einer Fachstelle. Sie veranschaulichen aber zugleich, dass einzelne Maßnahmen im umfangreichen Gesundheitswesen wichtige Impulse setzen können, aber kaum das gesamte Spektrum von Diskriminierungsfällen adressieren können.

Um die Perspektive einer Bedarfsanalyse aber nicht von vorneherein auf das mit einer Einzelmaßnahme Machbare und Mögliche zu begrenzen, sind verschiedene allgemeine, übergreifende und grundlegende Bedarfe und Bedarfsdimensionen identifiziert worden. Diese betreffen auf der individuellen Ebene der Beschäftigten im Gesundheitswesen ansetzende Schritte ebenso wie strukturelle Aspekte und spezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung für benachteiligte Gruppen. Wichtige Handlungsfelder umfassen:

Schulungen und Fortbildungen für medizinisches Personal

Eine der zentralen Forderungen ist die Einführung möglichst verpflichtender Schulungen zu Diversität und Vorurteilsbewusstsein. Diese sollen die interkulturellen Kompetenzen der Mitarbeitenden stärken und sie für Antidiskriminierungsfragen sensibilisieren. Expert*innen und Fachakteure betonen dabei die Notwendigkeit regelmäßiger Fortbildungen im gesamten Gesundheitswesen.

Barrierefreiheit

Die Verbesserung der Barrierefreiheit ist ein weiterer entscheidender Aspekt. Hierbei geht es nicht nur um bauliche Anpassungen, sondern auch um die Schaffung barrierefreier Kommunikationsstrukturen, die alle Menschen – unabhängig von Behinderung, Herkunft oder anderen Faktoren – gleichermaßen ansprechen.

Antidiskriminierungsberatung

Der Ausbau von Antidiskriminierungsberatungsangeboten im Gesundheitswesen wird ebenso als wichtige Maßnahme bewertet. Insbesondere werden Bedarfe an niedrigschwelligen und anonymen Beschwerdemöglichkeiten gesehen, um Diskriminierungserfahrungen sichtbar zu machen und Betroffenen eine einfache Möglichkeit zur Meldung zu geben.

Rechtsrahmen und gesetzliche Maßnahmen

Ein häufig formulierter Bedarf betrifft die Erweiterung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG), um Diskriminierung im Gesundheitsbereich gesetzlich zu sanktionieren. Insbesondere wird eine stärkere Berücksichtigung von Diskriminierungsmerkmalen wie sozialer Status, Aufenthaltsstatus oder Gewicht angesprochen. Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes regt wiederholt an, dass das AGG auch für das Gesundheitswesen verbindlich angewendet wird (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2024).

Diversity-Management und infrastrukturelle Anpassungen

Institutionen sollten Strategien entwickeln, um eine diversitätsfreundliche und barrierefreie Infrastruktur zu schaffen. Dazu zählen Maßnahmen zur Förderung von Diversity-Management und eine nachhaltige Umgestaltung der Gesundheitsversorgung.

Dokumentation und Datenlage

Eine systematische Erfassung von Diskriminierungserfahrungen sowie eine umfassende Datenanalyse wird als erforderlich betrachtet. Sie würde eine Grundlage bieten, um Maßnahmen bedarfsorientiert zu entwickeln und umzusetzen.

Stärkung von Communitys und Selbsthilfegruppen

Die Stärkung von Selbsthilfegruppen und Communitys wird als essenziell angesehen, um Betroffene sowohl psychosozial als auch juristisch zu unterstützen. Hierzu gehört die Bereitstellung von niedrigschwelligen Informationsangeboten, die fundiertes Wissen über das Gesundheitssystem und die Rechte der Betroffenen vermitteln.

Empfehlungen zu prioritären Handlungsfeldern einer Berliner Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen

Die identifizierten Problemlagen und übergreifenden Handlungsbedarfe legen ein Fundament, auf dessen Grundlage Empfehlungen sowohl zum strukturellen Aufbau wie auch zur inhaltlichen Ausrichtung einer Fachstelle entwickelt wurden. Die Konzeptionalisierung der Fachstelle umfasste dabei zwei gleichermaßen relevante Aspekte: Dringliche und mögliche Aufgaben und Aktivitäten mussten zunächst einerseits identifiziert und umsetzungsorientiert konkretisiert werden, sie musste zudem andererseits gewichtet und priorisiert werden.

Das Erfordernis einer strikten Priorisierung ergibt sich einerseits aus den deutlich begrenzten Ressourcen der Fachstelle. Es resultiert andererseits aus der nutzungs- und wirkungsorientierten Frage, welche Zugänge das Potential haben, Multiplikatoreffekte und Hebelwirkungen zu generieren, also mit einem bestimmten Mitteleinsatz besonders ausgeprägte Wirkungen zu erzielen. Außerdem wurden im Zuge der Priorisierung neben den Bedarfen auch die Bestände und bereits existierende Angebote berücksichtigt.

Grundsätzlich votieren die aus der Bedarfsanalyse abgeleiteten Empfehlungen vor diesem Hintergrund für eine starke Gewichtung von (1) Aufgaben im Bereich der Vernetzung und der Entwicklung von Handlungsstrategien sowie (2) Aufgaben im Bereich der Qualifizierung und Fortbildung von Gesundheitspersonal. In beiden priorisierten Bereichen wird zudem eine Hebung bereits bestehender Potenziale und eine Nutzung von Synergien angeregt: Beispielsweise sollte die diskriminierungskritische Mitwirkung in bereits bestehenden Gremien und Netzwerken des Gesundheitswesens oder die Sammlung und Vermittlung bereits bestehender Qualifizierungsangebote nicht als nachrangig gegenüber dem Aufbau eigener, neuer Angebote betrachtet werden.

Eine geringere Priorität sollte den Empfehlungen der Bedarfsanalyse zufolge insbesondere auf (1) die Schaffung eines neuen Beratungsangebotes für Diskriminierungsbetroffene sowie (2) auf die breite Adressierung der Stadtgesellschaft durch Öffentlichkeitsarbeit oder Kampagnen gelegt werden. Die merkmalsübergreifende Ausrichtung und die Komplexität des Gesundheitswesens lassen es nämlich unwahrscheinlich erscheinen, dass mit den gegebenen Mitteln einer Fachstelle ein fachlich überzeugendes Beratungsangebot bereitgestellt werden kann. Beratungsaspekte sollten eher im Sinne einer Verweisberatung oder eine Fachkräfteberatung verankert werden, ggf. eng abgestimmt mit bereits bestehenden Beratungsstellen. Öffentlichkeitswirksame Kampagnen könnten sicherlich Aufmerksamkeit für Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen schaffen, sind aber kostenintensiv und hinsichtlich ihrer Effekte schwer zu bewerten. Erster Adressat der Fachstelle sollten daher Fachöffentlichkeiten und Fachakteure sein, die zentral mit Informationen und weiterführenden Angeboten adressiert werden.

Strukturelle Ausrichtung und Priorisierung

Die Fachstelle sollte nach einem Mehr-Säulen-Modell organisiert werden, das die zentralen Aufgabenbereiche – Strategieentwicklung, Netzwerkarbeit sowie Qualifizierung – widerspiegelt. Projekte wie ein Runder Tisch oder Leitlinien für ein diversitätsorientiertes Gesundheitswesen können als ergänzende Elemente einer ersten Förderperiode dienen. Potenzielle Träger der Fachstelle sollten als Scharnierstelle sowohl in Communitys verankert sein als auch ein hohes Maß an Professionalisierung und Systemwissen im Blick auf das Gesundheitswesen mitbringen. Diskriminierungssensible Kompetenzen legen dabei eine unverzichtbare Grundlage für alle weiteren Anforderungen.

Netzwerkarbeit und Aktivierung

Durch die Koordination und Aktivierung von Akteuren aus den Bereichen Gesundheit und Antidiskriminierung soll die Fachstelle Synergien schaffen und nachhaltige Veränderungen bewirken. Eine wichtige Aufgabe umfasst die Einbindung in gesundheitspolitische Gremien sowie den Aufbau neuer Strukturen, wie einen Beirat oder einen Runden Tisch „Diskriminierung im Gesundheitswesen“. Diese Gremien sollen – in weitergehend zu konkretisierender Gewichtung – Diskriminierungsbetroffene ebenso wie Akteure aus dem Gesundheitswesen – auch solche mit relevanten Einflusspotentialen – einbinden und die intersektionale Ausrichtung der Fachstelle fördern.

Strategieentwicklung

Die Entwicklung eines Leitbilds für ein diskriminierungssensibles Gesundheitswesen in Berlin könnte Etappenziel und Meilenstein der Netzwerkarbeit darstellen und eine Grundlage für weitergehende konkrete Maßnahmen legen. Die Fachstelle soll sich nach vielfacher Einschätzung insgesamt nicht auf Graswurzelarbeit begrenzen, sondern Strategiekonzepte und Expertisen erarbeiten, die strukturelle Veränderungen in den Blick nehmen und ggf. auch die politische Ebene adressieren. Dafür ist Evidenzbasierung und fundiertes Wissen über Diskriminierung und deren Abbau unabdingbar.

Qualifizierung und Professionalisierung

Schulungen und Fortbildungen für medizinisches Fachpersonal sind ein zentraler Hebel, um Vorurteile abzubauen und langfristig diskriminierende Strukturen zu verändern. Die Fachstelle soll durch Seminare, Fachtage und Materialien diskriminierungssensible Kompetenzen stärken, dabei aber mit Berufsverbänden und Bildungseinrichtungen kooperieren. Wirkungen sollten nicht in erster Linie bzw. nicht ausschließlich durch die Entwicklung eigener Bildungsangebote erreicht werden, sondern durch Kooperationsverbünde, um die nachhaltige Verankerung von Diversitätskompetenz in bestehenden Aus- und Fortbildungsgängen zu befördern. Besonders relevante Zielgruppen wie Patientenfürsprecher*innen, Diversitätsbeauftragte oder Organisationen im Gesundheitswesen sollen gezielt identifiziert und angesprochen werden.

Beratung und Unterstützung

Der Aufbau eines eigenständigen Beratungs- und Unterstützungsangebots für Diskriminierungsbetroffene sollte zunächst gegenüber der Verweis- und Fachkräfteberatung zurückgestellt werden. Die Fachstelle sollte allenfalls als Lotsenstelle fungieren, die Betroffene an geeignete Beratungsangebote verweist und deren Zugang erleichtert. Dabei wird auf eine enge Zusammenarbeit mit bestehenden Beratungsstellen und Community-Organisationen gesetzt, um eine hohe Qualität und passgenaue Unterstützung zu gewährleisten und Parallelstrukturen zu vermeiden. Besonders wichtig sind niedrigschwellige, anonyme Zugänge und barrierefreie Kommunikation.

Information und Aufklärung

Um ihre Arbeit zu fundieren und Handlungsbedarfe aufzuzeigen, sollte die Fachstelle in geeigneter Form Informationen und Materialien zu Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen sammeln und sichtbar machen, mittelfristig ggf. auch Daten zu Diskriminierung im Gesundheitswesen oder relevanten Teilaspekten bereitstellen. Dies umfasst die Zusammenarbeit mit Forschungseinrichtungen sowie die Darstellung von Best-Practice-Beispielen. Ziel ist es, Akteure im Gesundheitswesen von einer Zusammenarbeit zu überzeugen und die gesellschaftliche Sensibilität für Diskriminierungsprobleme zu erhöhen.

Öffentlichkeitsarbeit

Öffentlichkeitsarbeit sollte als unterstützende Querschnittsaufgabe nachgeordnet betrachtet werden. In erster Linie geht es darum, die anderen Aufgabenbereiche der Fachstelle zu fördern und dafür erforderliche Grundinfrastrukturen vorzuhalten (Webseite, Informationsflyer etc.). Erster Adressat sind Fachakteure und Multiplikator*innen, nicht die allgemeine Öffentlichkeit der Stadt. Dabei wird auf Barrierefreiheit und eine ressourcenschonende Ausgestaltung geachtet.

Eine breite Öffentlichkeitskampagne zur Bekanntmachung der Fachstelle ist aufgrund begrenzter Mittel zunächst nicht zu empfehlen.

Ausblicke und Umsetzungsperspektiven

Die Einrichtung der Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen wird von Expert*innen und Fachakteuren – wie gesagt – insgesamt als wichtiger Schritt begrüßt. Sie bietet eine einmalige Chance, interpersonale und strukturelle Diskriminierung im Berliner Gesundheitswesen zu adressieren und gezielte Veränderungen anzustoßen. Die Bedarfsanalyse und deren umfassende Handlungsempfehlungen formulieren eine Grundlage für die erstmalige Einrichtung der Fachstelle und benennen dazu klare Prioritäten. Darüber hinaus beinhaltet die Bedarfsanalyse Aspekte eines Arbeitsprogramms für eine längerfristig angelegte Tätigkeit, die von den Expert*innen und Fachakteuren einvernehmlich als erforderlich betrachtet wird. Durch eine solche strategische Ausrichtung und eine enge und nachhaltige Einbindung relevanter Akteure kann die Fachstelle als zentraler Knotenpunkt im Kampf gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen wirken.

Zusammenfassend werden angesichts begrenzter Ressourcen eine klare Schwerpunktsetzung und Fokussierung als essenziell erachtet. Die Fachstelle soll daher als Vernetzungs-, Informations- und Strategieentwicklungsknotenpunkt konzipiert werden und die Aufgabe übernehmen, die unterschiedlichen Akteure aus dem Gesundheits- und Antidiskriminierungsbereich zusammenzubringen. Ein weiterer Fokus sollte auf der Qualifizierung von Fachkräften liegen. Die Betroffenenberatung sollte keine prioritäre Aufgabe darstellen, vielmehr sollten im Sinne einer Verweisberatung und Lotsenstelle bestehende Beratungsangebote sinnvoll integriert und unterstützt werden.

In Berücksichtigung der von Camino bereits im November 2024 vorgelegten Handlungsempfehlungen wurde das Interessensbekundungsverfahren für die einzurichtende Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen Mitte Februar 2025 durch die LADS eröffnet. Die Fachstelle soll nun auf Grundlage des in der Bedarfsanalyse und durch die Einbindung einer Vielzahl von Fachakteuren entwickelten Profils im April 2025 ihre Arbeit aufnehmen. Sollte der mit Absicht der Verlängerung bis Ende 2026 zunächst auf das Jahr 2025 begrenzte Förderzeitraum sich als Einstieg in eine längerfristige und nachhaltige Tätigkeit erweisen, ist im Anschluss an eine Konsolidierungsphase perspektivisch eine Evaluation und Erfolgskontrolle und ggf. eine Nachsteuerung zu empfehlen.

2 EINLEITUNG

Der Gesundheitsbereich ist als Dienstleistungssektor für alle Berliner*innen von Bedeutung, und Berlin verfügt über eine hochgradig differenzierte medizinische Angebotslandschaft. Kein Land in Europa wendet zudem mehr finanzielle Mittel für das Gesundheitswesen auf als Deutschland. Dieser Umstand bleibt auch dann bemerkenswert, wenn sich diese Investitionen nicht eins zu eins auf den sogenannten *Health Outcome*, also die Versorgungsqualität und den Gesundheitszustand der Menschen, niederschlagen (Müller 2024).

Rechte auf Gesundheit und Gesundheitsschutz sind in Europa, in Deutschland und auch in Berlin zudem in verschiedenen Hinsichten garantiert, gesetzlich verankert oder durch Konventionen geschützt. Das jeweils höchste Maß an erreichbarer körperlicher und geistiger Gesundheit stellt ein Menschenrecht dar, Ärzt*innen sind z.B. auch durch ihre Berufsordnung und -ethik dazu verpflichtet, alle Patient*innen gleich zu behandeln (van der Heiden, 150).

Nicht alle Menschen haben aber de facto den gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung – das zeigen wissenschaftliche Studien ebenso wie Erfahrungen von Beratungsstellen und Betroffenen. Patient*innen – und auch Beschäftigte im Gesundheitswesen – machen vielmehr sehr unterschiedliche Erfahrungen im und mit dem Gesundheitswesen. Dabei geht es oftmals um Erfahrungen in Hinblick auf diskriminierungsrelevante Merkmale wie z.B. Herkunft, Geschlecht oder Behinderung und die gesellschaftliche Positioniertheit insgesamt.

Das Gesundheitswesen fällt insofern auch zentral in den Aufgabenbereich von Gleichstellungs- und Antidiskriminierungspolitiken und erfährt diesbezüglich in den letzten Jahren verstärkte Aufmerksamkeit (Bartig et al. 2021; Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) 2023; van der Heiden 2024). In Berlin steht die Weiterentwicklung des gesundheitsbezogenen Diskriminierungsschutzes bereits seit einigen Jahre auf der fachlichen und fachpolitischen Agenda. Daran anknüpfend ist zu Beginn des Jahres 2025 durch das Land Berlin ein Interessenbekundungsverfahren zur Einrichtung einer Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen eingeleitet worden, das sich zunächst auf eine Förderung im Jahr 2025 bezieht und zugleich eine Fortsetzung auch für das Jahr 2026 anzielt (Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung 2025).

Die vorliegende Bedarfsanalyse dient der Begleitung und Fundierung dieses Verfahrens und der einzurichtenden Fachstelle. Dieser Abschlussbericht knüpft dabei an einen Vorbericht mit Empfehlungen zur Einrichtung der Fachstelle an, der bereits im November 2024 an die Berliner Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung (LADS) übergeben wurde, die die Studie gefördert hat. Dessen Ergebnisse sind in die Ausschreibung des Interessenbekundungsverfahrens eingegangen. Im Zeitraum von August 2024 bis Februar 2025 wurden im Rahmen der Studie einerseits zahlreiche Interviews und Fachdialoge zu Diskriminierung im Gesundheitswesen umgesetzt, andererseits Aspekte eines Anhörungs- und Beteiligungsverfahrens für relevante Stakeholder*innen in der Stadt berücksichtigt.

Die Studie umfasste daher verschiedene Ebenen und Zielstellungen: Sie zielt auf eine informierte Situationsanalyse zu gesundheitsbezogener Diskriminierung, will dazu Stimmen aus der Fachpraxis in Berlin aufnehmen und berücksichtigen, um schließlich konkrete Empfehlungen zur Architektur und inhaltlichen Ausrichtung der geplanten Fachstelle zu entwickeln. Wissensgenerierung, Partizipation und Beratungsaspekte sind daher miteinander verschränkt. Angesichts der ausgeprägten Heterogenität und Komplexität des umfangreichen Gesundheitswesens erscheinen eine angemessene Struktur und gut durchdachte Prioritätssetzungen für die Fachstelle als zentrale Voraussetzungen, um mit begrenzten Mitteln möglichst wirkungsvolle und bedarfsgerechte Ergebnisse zu generieren.

Nach einer kurzen Darstellung des methodischen Vorgehens in Kapitel 3 werden in Kapitel 4 einschlägige Befunde aus Forschungen zu Diskriminierung im Gesundheitswesen dargestellt.

Kapitel 5 skizziert auf Grundlage eigenständiger empirischer Erhebungen in Berlin zunächst einige Querschnittsaspekte von Diskriminierung im Gesundheitswesen und stellt dann jeweils empirisch begründet zentrale Dimensionen sowie Ausprägungen von Diskriminierung dar. Neben Diskriminierungserfahrungen auf interpersonaler, institutioneller und struktureller Ebene handelt es sich dabei auch um die Frage von Barrieren und Zugangshürden sowie um merkmalspezifische Besonderheiten von Diskriminierung sowie Verdichtungen von Belastungen in bestimmten Fachdisziplinen und Gesundheitsbereichen. Weitergehend werden Beschwerdestrukturen und Vorkehrungen zur Gewährleistung von Rechten der Patient*innen in den Blick genommen. Abschließend werden Möglichkeiten zum Abbau diskriminierender Wissensbestände und des Aufbaus von Wissen und Kompetenzen im Bereich der Anti-Diskriminierung dargestellt.

Kapitel 6 stellt Empfehlungen zu der Architektur, Ausrichtung und den zu priorisierenden Handlungsfeldern der geplanten Fachstelle vor. Sie knüpfen an die in Kapitel 5 identifizierten Herausforderungen und Bedarfe an und integrieren zudem vielfältige Anregungen und Hinweise aus der Fachpraxis. Auch die Empfehlungen sind entlang verschiedener Dimensionen strukturiert und umfassen Aspekte der Sichtbarmachung, Aufklärung und Evaluierung, die Netzwerkarbeit und Aktivierung sowie Verfahren zur Qualifizierung und Professionalisierung. Sie berücksichtigen ebenso Fragen nach direkten Beratungs- und Unterstützungsleistungen sowie der Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung der Stadtgesellschaft. Zudem wird der Stellenwert einer Konzeptions- und Strategieentwicklung durch eine Fachstelle angesprochen.

Großer Dank gebührt der Berliner Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung (LADS), die die vorliegende Analyse gefördert und das Forschungsteam im Rahmen eines fortlaufenden Dialogs konstruktiv begleitet und unterstützt hat. Wir freuen uns sehr, dass diese zielgerichtete Zusammenarbeit in die Einleitung des Interessensbekundungsverfahrens für die Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen gemündet ist.

Wir danken auch Lena Groh-Trautmann von der Servicestelle Jugendbeteiligung e.V. für ihre professionelle Unterstützung bei der Moderation der Fachdialoge. Herzlicher Dank geht schließlich an allen Expert*innen und Fachakteuren, die sich für Interviews zur Verfügung gestellt und/oder an unseren Fachdialogen teilgenommen haben. Ihr Engagement war im Prozess der Situations- und Bedarfsanalyse zu Diskriminierung im Gesundheitswesen in Berlin von hohem und unverzichtbarem Wert. Wir hoffen, dass ihre Expertise und Erfahrungen in den Aufbau der Fachstelle eingehen und auch weitergehend gehört und berücksichtigt werden.

3 METHODISCHES VORGEHEN

Die vorliegende Studie geht auf das Vorhaben der Einrichtung einer Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen in Berlin seitens der Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung (LADS) der Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung (SenASGIVA) zurück. Die LADS hat die Umsetzung der Studie unterstützt und gefördert – die Studie soll das Vorhaben entsprechend informieren, vorbereiten und beraten.

Damit lässt sich die Studie dem Bereich der anwendungsorientierten Praxisforschung zurechnen. Zudem umfasst sie ausgeprägte beteiligungsorientierte und partizipatorische Elemente: Befragungen und die Umsetzung von Dialogforen fungierten ebenso als sozialwissenschaftliche Erhebungsverfahren wie als Formate, um Fachakteure und Stakeholder*innen in die Entwicklung der genannten Fachstelle einzubeziehen. Der praxis- und anwendungsorientierte Zuschnitt der Studie bedeutet einerseits, dass methodische Kriterien guter wissenschaftlicher Praxis Anwendung finden, dass andererseits jedoch auch die Nutzungskontexte der Befunde und Empfehlungen einen höheren Stellenwert haben, als dies in rein forschungsorientierten Studien der Fall ist.

Die Studie wurde im Zeitraum von August 2024 bis Februar 2025 umgesetzt. Der anwendungsorientierte Zuschnitt war auch für die zeitliche Umsetzung folgenreich. Aufgrund der vorgesehenen Fristen zur zunächst für Anfang 2025 vorgesehenen Ausschreibung der Fachstelle waren erste Zwischenbefunde und Empfehlungen bereits im Laufe des Jahres 2024 erforderlich, also wenige Monate nach Studienbeginn. Nach Abschluss der primären, intensiven Erhebungs- und Recherchephase Ende Oktober 2024 wurden daher in einem Vorbericht bereits Ende November 2024 Zwischenergebnisse formuliert. Aufbauend auf der Voranalyse des Datenmaterials erfolgte ab Dezember 2024 die eigentliche Auswertungsphase, begleitet von einigen nachgezogenen Interviews. Die Berichtslegung fand Ende Februar 2025 statt.

Ungeachtet der anspruchsvollen zeitlichen Befristung des Vorhabens konnte ein doppelgleisiges methodisches Design mit einigen kleineren Anpassungen und Nachsteuerung vollständig umgesetzt werden.

Die Datenerhebung wurde von einer anfangs prioritären, aber fortlaufend kumulativen Literatur- und Dokumentenrecherche begleitet, von der ausgewählte Ergebnisse auch im vorliegenden Bericht dargestellt werden. Zwei Aspekte sind dabei zu betonen. Erstens hat die geplante Fachstelle und damit die Recherche zwar eine klare Fokussierung hinsichtlich der Ausrichtung auf Diskriminierung im Gesundheitswesen. Diskriminierung wird hier aber merkmalsübergreifend und intersektional verstanden, daher waren auch jeweils entsprechend gesonderte merkmalspezifische Recherchen erforderlich. Zweitens erforderte der anwendungsorientierte Kontext neben der Berücksichtigung wissenschaftlicher Studien ebenso die Sichtung von Handlungskonzepten und Strategien gegen Diskriminierung aus dem politischen und administrativen Raum. Deren Ergebnisse sind im Sinne einer Ausgangslage in die Formulierung von Empfehlungen eingeflossen, werden nachfolgend aber nicht gesondert dargestellt.

Ein weiterer Erhebungsblock bestand in der Umsetzung von 14 leitfadengestützten Interviews mit Fachakteuren aus dem Gesundheitswesen und der Antidiskriminierungsarbeit. Das Befragungssample wurde einerseits durch eigene Recherchen, andererseits in Abstimmung mit der LADS aufgebaut. Das Spektrum der Interviewten wurde so zusammengestellt, sodass zentrale Diskriminierungsdimensionen berücksichtigt, aber gleichfalls einschlägige Expertise, Vorerfahrungen und Feldkenntnisse zur Situation und Angebotslandschaft in Berlin einfließen konnten.

Der Fokus der Interviews und halbstandardisierten Befragungsleitfäden lag auf praxisnahen Einschätzungen dringlicher Problemlagen, auf allgemeinen Bedarfswahrnehmungen und konkreten Erwartungen an eine Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen:

- Welche Problemlagen von Diskriminierung im Berliner Gesundheitswesen bestehen und sollten potenziell Gegenstand einer Fachstelle sein, welche davon werden derzeit (nicht ausreichend) bearbeitet?
- Welche Gesundheitsbereiche/Zielgruppen sind besonders durch Diskriminierung im Gesundheitswesen belastet?
- Wo werden konkrete Bedarfe gesehen, um Diskriminierung im Gesundheitswesen zu bekämpfen, und welche konkreten Maßnahmen oder Aktivitäten würden hier weiterführen?
- Welche Good-Practice-Beispiele bestehen im Feld Antidiskriminierung im Gesundheitswesen?
- Wie sollte eine Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen ausgestaltet werden, welche Charakteristika und Kompetenzen sollten Träger der Fachstelle mitbringen?

An den ca. 1½-stündigen Interviews haben sich teilweise mehrere Personen beteiligt, sodass die Zahl der Befragten die Zahl der Interviews etwas übersteigt. Die Zugänge in das Feld der Antidiskriminierungsarbeit haben sich in der Bilanz als leicht gangbarer erwiesen als diejenigen in den Gesundheitsbereich, also in Kliniken, Berufsverbände und Kammern oder Krankenkassen etc. Beide Bereiche sind aber im Rahmen der Interviews oder ergänzender Fachdialoge abgedeckt worden. Die Teilnehmenden der Erhebungen setzten sich daher zusammen aus Expert*innen der Diskriminierungsberatung und der landes- und bundesweiten Antidiskriminierungsarbeit, Akteuren aus dem Gesundheitswesen, die sich gegen Diskriminierung engagieren, und Vertreter*innen von Projekten zur Gesundheitsförderung bestimmter marginalisierter Gruppen sowie Expert*innen aus der Verwaltung.

Insgesamt fünf mehrstündige themenspezifische Fachdialoge wurden als Gruppenformat begleitend zu den Interviews umgesetzt. Die Fachdialoge wurden mit externer Unterstützung professionell moderiert, an ihnen nahmen insgesamt 37 Personen aus Fach- und Beratungsstellen, aus Vereinen und Selbsthilfeorganisationen sowie aus dem medizinischen Bereich teil. In der Regel bewegte sich die Teilnehmendenzahl je Workshop im oberen einstelligen Bereich. Der inhaltliche Aufbau der moderierten Fachdialoge hat die Struktur der Interviewleitfäden weitgehend gespiegelt, umfasste also die Situations- und Problemanalyse, die Bedarfsabfrage sowie die Bewertung und Ausgestaltung einer einzurichtenden Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen. Die Fachdialoge beinhalteten als moderierte Formate neben themenfokussierten Diskussionen auch weitere Module, wie Kartenabfragen, Flüsterrunden und Kleingruppenarbeit etc.

Die Zusammensetzung der Fachdialoge erfolgte im Blick auf Personen mit individuellen und/oder professionellen Schnittmengen. Zum Teil richteten sich die Fachdialoge auf spezifische Diskriminierungsmerkmale, zum Teil ging es um übergreifende Querschnittsfragen. Konkret wurden folgende Schwerpunkte gesetzt:

1. Fachstellen in Berlin: Organisationsmodelle, Arbeitsweisen, Angebote, Bedarfe
2. Diskriminierung aufgrund von Behinderung, Alter, chronischer Erkrankung
3. Diskriminierung aufgrund von Geschlecht sowie sexueller Orientierung und geschlechtlicher Identität
4. Diskriminierung aufgrund von Herkunft, Rassismus und Religion
5. Intersektionalität von Diskriminierungsmerkmalen

Ein anonymisierter Überblick über die interviewten oder zu Fachdialogen eingeladenen Fachstellen, Träger, Beratungsstellen oder Einrichtungen findet sich im Anhang dieses Berichts.

Das Projektteam hat darüber hinaus an mehreren Fachveranstaltungen teilgenommen – u.a. zum Thema Rassismus im Gesundheitswesen. Diese Aktivitäten dienten dem vertieften Austausch mit Fachakteuren und von Diskriminierung Betroffenen aus unterschiedlichen Communitys.

Diese Fachveranstaltungen wurden protokolliert, ebenso wie die Interviews und Fachdialoge. Letztere wurden darüber hinaus aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Die Auswertung

erfolgte in Form einer qualitativen Inhaltsanalyse, die weitgehend computergestützt mithilfe der Software MAXQDA umgesetzt wurde. Ergänzend wurden in geringerem Umfang auch Zusammenfassungen und flankierende Auswertungen mit der KI-basierten Inhaltsanalysesoftware QInsights realisiert.

4 DISKRIMINIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN: ZUGÄNGE DER FORSCHUNG

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist ein zentraler Bestandteil des sozialen Versorgungssystems. Trotz umfangreicher Investitionen und einer differenzierten medizinischen Infrastruktur haben nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichberechtigten Zugang zu medizinischer Versorgung. Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen treten sowohl auf interpersonaler als auch auf struktureller und institutioneller Ebene auf. Sie bleiben für die Gesundheit der Betroffenen nicht folgenlos: „Erfahrene Diskriminierung steht in einem negativen Verhältnis zur allgemeinen und mentalen Gesundheit“ (DeZIM 2023, 131). Diese Erfahrungen werfen grundlegende Fragen zur Gerechtigkeit und Gleichheit im deutschen Gesundheitssystem auf.

Diskriminierungserfahrungen sind ungeachtet anhaltender Forschungslücken mittlerweile auch Gegenstand einer Vielzahl wissenschaftlicher Studien und Erhebungen, die sich teilweise auf bestimmte gesellschaftliche Teilbereiche fokussieren – darunter ebenfalls auf das Gesundheitswesen. Sie unterscheiden sich hinsichtlich der Wahl ihrer Erhebungsmethoden (quantitativ, qualitativ), ihrer inhaltlichen Schwerpunktsetzung und ihrer Fokussierung auf gesellschaftliche Bereiche oder Bevölkerungsgruppen. Unterschiede bestehen zudem hinsichtlich der jeweils berücksichtigten Diskriminierungsformen, Diskriminierungsmerkmale oder Lebensbereiche.

Neben einem – insbesondere im internationalen Rahmen – ausdifferenzierten Fachdiskurs finden sich verschiedene Publikationen, die als Meilensteine der Fachdebatte betrachtet werden können, die auch wichtige Referenzgrößen im Blick auf Antidiskriminierungspolitik in Deutschland darstellen. Die zuletzt steigende Aufmerksamkeit für Diskriminierung im Gesundheitswesen bildet sich in einer Reihe solcher Studien aus jüngerer Zeit ab (Bartig et al. 2021; Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) 2023; van der Heiden 2024).

Der Forschungsstand zur Diskriminierung im Gesundheitswesen ist dennoch nur partiell entwickelt und konzentriert sich oftmals auf spezifische Bereiche wie Krankenhäuser und die Altenpflege, während andere, etwa die Notfallversorgung, weniger erforscht sind. Erkenntnisse aus einzelnen Bereichen sind angesichts der Komplexität des Gesundheitswesens in Deutschland dabei nicht immer verallgemeinerbar. In der Studie „Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung“ (Beigang et al. 2017) kommen Beigang et al. daher noch zu dem Schluss, dass empirische Daten zur Verbreitung von Diskriminierung und Diskriminierungserfahrungen in Deutschland nur wenig belastbar sind:

„Zum einen liefern die Beschwerdedaten der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (ADS) und anderer Beratungsstellen sowie Gerichtsurteile nur einen unzureichenden Einblick in die Verbreitung von Diskriminierung, da sich nur ein kleiner Teil der Betroffenen auch wirklich zur Wehr setzt und gegen Benachteiligung vorgeht. Zum anderen ergeben die bisherigen Ergebnisse aus wissenschaftlichen Befragungen meist kein umfassendes Bild zu Diskriminierung, da sie beispielsweise sehr spezifisch auf Erfahrungen einzelner Gruppen, Benachteiligungen entlang bestimmter Diskriminierungsmerkmale oder in ausgewählten Lebensbereichen sowie auf einzelne Formen von Diskriminierung abzielen.“ (ebd., 9f.)

Die vorliegende Bedarfsanalyse zur Einrichtung einer Berliner Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen richtet sich vor diesem Hintergrund weniger auf einen Beitrag zur Grundlagenforschung als auf eine berlinspezifische Situationsanalyse sowie handlungs- und praxisorientierte Schlussfolgerungen zu offenen Bedarfen. Daher zielt der einleitende Forschungsüberblick auf eine erste Systematisierung relevanter Aspekte und Perspektiven, erhebt aber in keiner Hinsicht Anspruch auf Vollständigkeit und eine differenzierte Diskussion aktueller Befunde und Kontroversen. Zur Einlösung dieses begrenzten Analyseziels wurde neben einer mitlaufenden, breit ansetzenden Recherche und Sondierung ein begrenztes Sample von Studien und Publikationen gebildet, die vertiefend ausgewertet wurden. Dabei handelt es sich einerseits

um übergreifend angelegte Berichte – viele davon im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes – und andererseits um merkmalspezifische Studien, die Diskriminierung aufgrund von Herkunft, Religion, sexueller Orientierung und Geschlecht, Alter und Behinderung untersucht haben. Die Bedeutung einer intersektionalen Perspektive zur Erfassung von Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen wird dabei in einigen Studien unterstrichen (Aikins et al. 2021; Bartel/Kalpaka 2023; Bartig et al. 2021; Beigang et al. 2017; Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) 2023; Dieckmann et al. 2021; infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH 2022; Kessler/Warner 2022; Merx et al. 2021; Schwulenberatung Berlin 2019; van der Heiden 2024).

Im Folgenden werden zentrale Erkenntnisse der ausgewählten Studien und Berichte vorgestellt, die sich meistens auf die Bundesebene beziehen. Damit werden Grundlagen zur Kontextualisierung der in den folgenden Kapiteln dargestellten Ergebnisse der Erhebungen zum Thema Diskriminierung im Berliner Gesundheitssystem bereitgestellt. Betrachtet werden die Themenschwerpunkte (1) allgemeine Problemlagen der von Diskriminierungen und Benachteiligung betroffenen Gruppen, (2) identifizierte Zugangsbarrieren in das Gesundheitssystem und Versorgungslücken sowie (3) prioritäre Handlungsbedarfe, zentrale Forderungen und Handlungsempfehlungen.

4.1 ZUM BEGRIFF VON DISKRIMINIERUNG

Begriffliche Fragen sind neben empirischen Befunden eine wichtige Grundlage der sozialwissenschaftlichen Forschung. Begriffliche Vorverständigungen entscheiden oftmals darüber, welche Phänomene überhaupt in den Blick geraten oder ausgeklammert werden. Allgemein fassen wir Diskriminierung als benachteiligende Behandlung von bestimmten Personen oder Gruppen im Kontext ungleicher Macht- und Herrschaftsverhältnisse auf. Diskriminierung basiert auf sozialen Ungleichheiten und Hierarchien, die in der Gesellschaft verankert sind. Dadurch werden bestimmte Gruppen systematisch benachteiligt, was Diskriminierung nicht nur zu einem individuellen, sondern auch zu einem strukturellen Phänomen macht. Relevante Merkmale und Diskriminierungsdimensionen sind einerseits in Deutschland im AGG rechtlich festgelegt, andererseits auch umstritten und anhaltend im Fluss. Für die Anlage der Berliner Bedarfsanalyse waren daher einerseits die Diskriminierungsdimensionen des AGG ein relevanter Bezugspunkt, andererseits wurden auch weitere, rechtlich bisher noch nicht fixierte Aspekte beachtet – etwa Diskriminierung aufgrund des sozialen Status. Jenseits eines isolierten Verständnisses relevanter Diskriminierungsdimensionen wurden zudem in Übereinstimmung mit einem breiten Konsens in der Diskriminierungsforschung ebenso Überlagerungen einzelner Merkmalsbereiche und die sich daraus ergebenden spezifischen Ausformungen von Diskriminierung berücksichtigt, also Grundüberlegungen intersektionaler Ansätze aufgegriffen. Neben merkmalspezifischen Differenzierungen ist schließlich gleichfalls die Berücksichtigung unterschiedlicher Diskriminierungsebenen von Bedeutung. Zusätzlich zu einer interpersonalen Diskriminierung, die sich in der direkten Interaktion abspielt, ist Diskriminierung nämlich oftmals auch eingeschrieben in Strukturen des Gesundheitswesens, in ärztliche und medizinische Wissensformen oder grundlegende Regelungen, Ordnungen, Leitlinien und Handlungskonzepte. Neben interpersonaler Diskriminierung sind also ebenso Erscheinungsformen struktureller und institutioneller Diskriminierung zu berücksichtigen, wobei diese grundlegende Unterscheidung sicherlich auch weitergehend entwickelt und ausbuchstabiert werden kann – aktuell kommt beispielsweise die Diskriminierung durch Algorithmen (Orwat 2019) verstärkt in den Fokus.

Mit dem Begriff der Diskriminierung befassen sich die Wissenschaftler*innen im Rahmen einer deutschlandweiten Repräsentativerhebung (Beigang et al. 2017) und formulieren:

„Im wissenschaftlichen, aber auch im politischen und alltagssprachlichen Verständnis beinhaltet Diskriminierung nicht nur die bloße Unterscheidung zwischen Personengruppen anhand gruppenbezogener Merkmale, sondern darüber hinaus eine daran gekoppelte Benachteiligung.“ (Beigang et al. 2017, 17)

Die Autor*innen nehmen eine sozialwissenschaftliche Perspektive ein, *„die Diskriminierung als gesamtgesellschaftliches, kulturelles, organisatorisches und institutionell verankertes Phänomen untersucht, das bestimmten Bevölkerungsgruppen den Zugang zu Ressourcen erschwert, behindert oder verwehrt“* (ebd., 13). Dabei wird zwischen direkten und indirekten Formen der Diskriminierung und zwischen individueller, institutioneller und struktureller Diskriminierung unterschieden.

„Unmittelbare, direkte Diskriminierung beschreibt, dass Personen oder Gruppen offensichtlich wegen ihrer Gruppenzugehörigkeit benachteiligt werden. Mittelbare, indirekte Diskriminierung beschreibt versteckte Mechanismen der Diskriminierung, die nicht explizit und offensichtlich erkannt werden können.“ (ebd., 14)

Für sie liegt eine individuelle Diskriminierung vor, wenn eine diskriminierende Handlung allein auf das Verhalten und Eigenschaften einzelner Personen zurückzuführen ist. Bei einer institutionellen Diskriminierung werden die handelnden Personen in einem institutionellen Kontext betrachtet, also in Bezug auf Richtlinien, Routinen und interne Regelungen, wiederum handelt es sich um eine strukturelle Diskriminierung, wenn eine Gruppe oder Person systematisch und über alle Lebensbereiche hinweg benachteiligt wird (ebd., 15). Auch Beigang et al. berücksichtigen ein intersektionales Verständnis von Diskriminierung:

„Eine intersektionale Diskriminierung liegt vor, wenn sich in einer bestimmten Situation Kategorien/Merkmale überschneiden und tatsächlich neue Diskriminierungserfahrungen hervorbringen. Zum Beispiel Armut und sexuelle Orientierung sowie körperlich-geistige Beeinträchtigung und chronische Erkrankungen.“ (ebd., 18)

Während die Repräsentativerhebung von Beigang et al. merkmalsübergreifend angelegt ist, fokussiert die ebenfalls von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes herausgegebene Studie „Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen“ (Bartig et al. 2021), wie der Titel unmissverständlich offenlegt, auf das Gesundheitswesen. Diskriminierung in diesem Bereich wird ebenfalls als mehrdimensionales Problem beschrieben, auch hier wird zwischen interpersoneller und institutioneller Diskriminierung differenziert, die jeweils ungleiche Behandlungserfahrungen, ungleichen Zugang zu Ressourcen und fehlende diversitätsorientierte Gesundheitsversorgung zur Folge haben (ebd., 17).

„Diskriminierung äußert sich durch das Verhalten des medizinischen Personals auf der interpersonellen Ebene sowie im Rahmen vieler institutioneller Abläufe, die zu Benachteiligungen führen.“ (Bartig et al. 2021, 64)

Betont wird, dass eine institutionelle Diskriminierung im Gesundheitswesen durch standardisierte Abläufe und Effizienzdruck begünstigt wird, aber schwer nachweisbar ist (ebd., 65).

Dass im Gesundheitswesen die Machtasymmetrien hoch und gleichzeitig Leistungsempfänger*innen häufig besonders hilfsbedürftig und verletzlich sind, wird in einer Expertise zu Diskriminierungsrisiken und Handlungspotenzialen im Umgang mit unterschiedlichen Formen von Diversität (Merx et al. 2021) hervorgehoben. Erneut wird auf die verschiedenen Formen von Diskriminierung aufmerksam gemacht, die *„von interpersonellen Benachteiligungen bis hin zu systematischen Barrieren in der medizinischen Versorgung“* reichen (Merx et al. 2021, 70), wobei unterstrichen wird, dass Kommunikationsprobleme oft das Einfallstor für Diskriminierung sind:

„Diskriminierung geschieht nicht immer mit direkter Absicht, sondern kann sich auch aus strukturellen Gegebenheiten ergeben, etwa wenn sprachliche Barrieren oder stereotype Annahmen zu Fehldiagnosen führen.“ (ebd., 72)

Strukturelle und institutionelle Diskriminierungsformen werden von unterschiedlichen Gruppen jeweils spezifisch erlebt. Der Afrozensus 2020 betont beispielsweise exemplarisch die systemische Dimension von Diskriminierung im Blick auf Schwarze, afrikanische und afrodiasporische Menschen (Aikins et al. 2021, 139). Bezogen auf Rassismus wird der Begriff „Othering“ als Mechanismus der Diskriminierung eingeführt, der Schwarze, afrikanische und afrodiasporische Patient*innen betrifft: Sie werden oftmals als fremd wahrgenommen, markiert und konstruiert (ebd., 139). Konkret kann das beispielsweise bedeuten, dass ihr Schmerzempfinden nicht ernst genommen, sondern als Ausdruck einer kulturellen Andersartigkeit gedeutet und auf Abstand gehalten wird. Auch im Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa) von 2023 wird „Othering“ angesprochen und beschrieben als „Konstruktion, von Menschen als ‚anders‘, was dazu führt, dass sie ungleich behandelt werden“. „Othering“ kann prinzipiell jede Gruppe oder Person betreffen, die von der gesellschaftlichen Mehrheit oder der „Norm“ abweicht, sei es durch Herkunft, soziale Klasse, Geschlecht, sexuelle Orientierung oder andere Merkmale (DeZIM 2023, 139). Als „Silencing“ wiederum wird aus der Perspektive der Betroffenen „das Schweigen über erlebte Diskriminierung aus Angst vor negativen Konsequenzen“ bezeichnet (ebd., 178).

Während „Othering“ die Betonung von Andersheit und damit auch die Einführung von Ungleichheit als Voraussetzung von Diskriminierung beschreibt, finden sich in der Literatur ebenso Hinweise auf das Absehen von Differenz als Hintergrund für Diskriminierung. Aufgrund der medizinischen Orientierung an der Norm einer oftmals konstruierten Eigengruppe (weiß, männlich, gesund ...), werden gruppenspezifische Erkrankungen von der Forschung bis zur Behandlung nicht oder nicht zureichend wahrgenommen. Daher werden spezifische Gesundheitsbedürfnisse bestimmter Gruppen nicht adäquat berücksichtigt; Beispiele sind geschlechtsspezifische Erkrankungen wie Endometriose oder auch dermatologische Erkrankungen Schwarzer Menschen (vgl. dazu DeZIM 2023, 159ff.).

Neben „Othering“ und „Silencing“ wird als spezifische Form der Diskriminierung das sogenannte „Gatekeeping“ genannt – beispielsweise im Blick auf die Diskriminierungsmerkmale sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität:

„Gatekeeping beschreibt Mechanismen, durch die LSBTIQ-Menschen systematisch daran gehindert werden, Zugang zu gewünschten medizinischen Behandlungen zu erhalten, insbesondere in Bezug auf Hormontherapien oder geschlechtsangleichende Maßnahmen.“ (Schwulenberatung Berlin 2019, 74)*

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass relevante Studien Diskriminierung einvernehmlich nicht nur als individuelle Benachteiligung, sondern als ein strukturelles, institutionelles und gesellschaftliches Problem definieren. Es gibt eine klare Differenzierung zwischen direkter und indirekter Diskriminierung, interpersonaler und institutioneller Diskriminierung sowie Formen der intersektionalen Diskriminierung. Besonders hervorzuheben sind Mechanismen wie „Othering“, „Silencing“ und „Gatekeeping“, die zeigen, wie sich Diskriminierung im Gesundheitswesen merkmalspezifisch manifestieren kann. Ein Mensch kann aufgrund mehrerer Diskriminierungsmerkmale benachteiligt oder aber wegen bestimmter oder mehrerer Merkmale in unterschiedlichen Situationen diskriminiert werden.

4.2 GESUNDHEITLICHE FOLGEN VON DISKRIMINIERUNG

Diskriminierungserfahrungen haben für die mentale und körperliche Gesundheit und das Leben von Betroffenen erhebliche negative Konsequenzen, u.a. beeinflussen sie auch ihre Wahrneh-

mung von Gesundheitsleistungen – das unterstreichen alle berücksichtigten Studien übereinstimmend. Für Menschen mit Beeinträchtigungen kann beispielsweise ein grundlegendes Gefühl des Ausschlusses und der verwehrteten Teilhabe entstehen (Aikins et al. 2021; Beigang et al. 2017; Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) 2023; Schwulenberatung Berlin 2019).

Wenn Schwarze, afrikanische und afrodiasporische Patient*innen im Gesundheitssystem spürbare Mikroaggressionen und/oder retraumatisierende Sprache erleben, wird vielfach eine medizinische Behandlung abgebrochen oder ganz vermieden (Aikins et al. 2021, 143). „Diese als belastend erlebten Begegnungen verstärken bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen und behindern eine Genesung“, so die Autor*innen. Sie folgern daraus, dass sich Betroffene im Gesundheitssystem oftmals „nicht sicher oder überhaupt gesehen“ fühlen (ebd., 143).

Diskriminierungsbedingtes Vermeidungsverhalten und sich daraus ergebende negative Gesundheitsfolgen finden sich gleichfalls im Hinblick auf weitere Diskriminierungsmerkmale und Gruppen, etwa LSBTIQ*-Personen, darunter auch trans*- und nonbinäre Personen.

„Geschehen Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitsbereich, ist davon auszugehen, dass Betroffene dazu neigen, diese Bereiche zu meiden. Daraus kann folgen, dass präventive Gesundheitsmaßnahmen nicht greifen, dass Betroffene keine oder nur eine unzureichende medizinische Versorgung erhalten und sich ihr Gesundheitszustand womöglich verschlimmert.“ (Schwulenberatung 2021, 73)

Die Studie der Schwulenberatung Berlin unterstreicht auch, dass „Betroffene von Mehrfachdiskriminierung einen schlechteren Gesundheitsstatus aufweisen und Gesundheitsleistungen seltener in Anspruch nehmen als andere Gruppen“ und so ein erhöhtes Gesundheitsrisiko gegenüber cisgeschlechtlichen Menschen haben (Schwulenberatung Berlin 2019, 72). Vorurteile im Gesundheitswesen sind auch für HIV-Positive ein akutes Problem:

„Menschen mit HIV erleben Stigmatisierung und Diskriminierung in vielen Lebensbereichen, insbesondere im Gesundheitswesen, was den Zugang zu notwendiger medizinischer Versorgung und sozialer Teilhabe erschwert.“ (Deutsche Aidshilfe 2021, 236)

Im Blick auf HIV-positive Menschen stellt die Deutsche Aidshilfe fest, dass auch ihre Selbststigmatisierung dazu führe, dass sie nicht offen mit ihrer Diagnose umgehen. *„Dies verstärkt Isolation und mindert die Lebensqualität erheblich.“* (Deutsche Aidshilfe 2021, 236).

Zusammenfassend geben alle berücksichtigten Studien und Berichte Hinweise darauf, dass Diskriminierung zu erheblichen psychischen und physischen Gesundheitsfolgen und Belastungen sowie zur Vermeidung von präventiven und kurativen Gesundheitsangeboten führen kann. Sie erschwert und verzögert medizinische Behandlungen und zieht nach sich, dass diese vermieden oder unterlassen werden, teils aus Furcht davor, abermals diskriminiert zu werden (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) 2023, 17, 131). So wird eine angemessene, bedarfsgerechte Versorgung ohne Ausnahmen aller Menschen gleichermaßen beeinträchtigt.

Die Hauptkonsequenzen für die mentale Gesundheit sind folgende: Es entsteht ein erhöhtes Risiko für Angststörungen, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen, bei manchen Gruppen das Phänomen der Selbststigmatisierung, Isolation und bei vielen Personen leidet das Vertrauen in das Gesundheitssystem. Die schon beschriebenen „Silencing“-Effekte hindern Betroffene aber oftmals daran, über ihre belastenden Erfahrungen zu sprechen. Als somatische, physische Folgen werden Vermeidungsverhalten und verzögerte oder unterlassene medizinische Behandlungen, Fehldiagnosen und unzureichende medizinische Versorgung aufgrund von Vorurteilen sowie eine erhöhte Krankheitslast bei marginalisierten Gruppen durch strukturelle Barrieren benannt.

4.3 MERKMALSSPEZIFISCHE DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN

In den hier untersuchten Veröffentlichungen zum Thema Diskriminierung im Gesundheitswesen wird immer wieder auf besonders von Diskriminierung und Benachteiligungen betroffene Gruppen und Personen aufmerksam gemacht wird.

Besonders von Diskriminierung und Barrieren betroffene Gruppen

Besonders betroffen von Diskriminierung sind gesellschaftlich marginalisierte Gruppen wie Schwarze, afrikanische und afrodiasporische Menschen, LSBTIQ*-Personen, Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen, HIV-positive Personen sowie Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status, ohne Aufenthaltsstatus und ohne Krankenversicherung.

Die Zugangsbarrieren zu gesundheitlicher Prävention und medizinischer Versorgung sind vielfältig und führen dazu, dass bestimmte Gruppen keinen gleichberechtigten Zugang haben (Bartig et al. 2021, 64).

Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen

Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen begegnen im Gesundheitswesen vielfältigen Zugangshürden, die sowohl physischer als auch struktureller Natur sind. Bauliche Barrieren, wie nicht barrierefreie Arztpraxen, fehlende Aufzüge oder unzureichend angepasste sanitäre Einrichtungen, erschweren oder verhindern den Zugang zu medizinischer Versorgung (Bartig et al. 2021, 228f.).

Darüber hinaus bestehen erhebliche kommunikative Barrieren. Menschen mit sensorischen Einschränkungen, insbesondere Hör- und Sehbeeinträchtigungen, berichten von fehlenden Dolmetscherdiensten für Gebärdensprache oder nicht barrierefreien Informationsmaterialien. Auch das medizinische Personal ist oft nicht ausreichend geschult, um die spezifischen Bedürfnisse dieser Patient*innen zu berücksichtigen, was zu Missverständnissen oder unzureichender Betreuung führt (ebd., 234ff.).

Ein weiteres Problem stellt die Wahrnehmung von Menschen mit Behinderungen im medizinischen Kontext dar. Ärzt*innen neigen dazu, Beschwerden ausschließlich im Zusammenhang mit der Behinderung zu betrachten, was zu Fehldiagnosen und ungenügender Behandlung führt. Vorurteile, insbesondere gegenüber Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, ziehen zudem nach sich, dass diese Patient*innen nicht als kompetente Gesprächspartner*innen wahrgenommen werden. Studien zeigen, dass rund ein Viertel der Betroffenen von diskriminierenden Erfahrungen berichtet, darunter unangemessenen Behandlungsentscheidungen und mangelnder Barrierefreiheit (Beigang et al. 2017, 93).

Diese strukturellen Defizite verdeutlichen, dass nicht nur bauliche, sondern auch tief verwurzelte institutionelle Barrieren den gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsversorgung verhindern. Insbesondere die fehlende Sensibilisierung des medizinischen Personals sowie stereotype Annahmen über die gesundheitlichen Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen tragen dazu bei, dass diese Gruppe systematisch benachteiligt wird (Antidiskriminierungsstelle des Bundes 2021). Vor allem HIV-positive Menschen erleben nachweislich Stigmatisierung, was zu Verweigerung von Behandlungen und erschwertem Zugang zu Fachärzt*innen führt (Deutsche Aidshilfe 2021, 57ff.).

Schwarze, afrikanische und afrodiasporische Menschen sowie andere rassifizierte Gruppen

Diese Gruppen erleben im Gesundheitswesen eine systematische Benachteiligung. Der Afrozensus 2020 zeigt, dass sie häufig als „fremd“ wahrgenommen und dadurch nicht adäquat behandelt werden. Dies führt zu Fehldiagnosen und unzureichenden Behandlungskonzepten, da medizinische Standards oft ausschließlich auf weiße Patient*innen ausgerichtet sind (Aikins et al. 2021, 134ff.).

Rassistische Wissensbestände im Gesundheitswesen sind weit verbreitet und äußern sich beispielsweise in stereotypen Annahmen über Schmerzempfinden, wie dem Konzept des „Morbus Mediterraneus“, das insbesondere Menschen aus dem Mittelmeerraum betrifft (DeZIM 2023, 14). Zusätzlich erschweren sprachliche Barrieren den Zugang zu Gesundheitsleistungen, da Dolmetscherdienste oft fehlen oder von Patient*innen selbst organisiert werden müssen (Bartig et al 2021., 23).

Auch religiöse und kulturelle Bedürfnisse werden häufig nicht respektiert. Muslimische Frauen berichten etwa von verweigerter Behandlung durch weibliche Ärztinnen oder mangelnder Berücksichtigung religiöser Vorschriften im Krankenhaus (DeZIM 2023, 154ff.). Besonders prekär ist die Lage für Geflüchtete und Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus, die meist nur eine Notfallversorgung erhalten und für reguläre Behandlungen langwierige bürokratische Hürden überwinden müssen. Dies führt zu gefährlichen Behandlungsverzögerungen, selbst bei schweren oder chronischen Erkrankungen (ebd., 145).

Trans*- und nonbinäre Personen

Sie sehen sich im Gesundheitswesen mit zahlreichen strukturellen und interpersonellen Hürden konfrontiert. Besonders problematisch ist das sogenannte „Gatekeeping“, das den Zugang zu medizinischen Maßnahmen wie Hormontherapien oder geschlechtsangleichenden Behandlungen erschwert. Patient*innen müssen oft unnötige Nachweise erbringen oder sich persönlichen Fragen stellen, die medizinisch nicht relevant sind (Schwulenberatung Berlin 2019, 72–75).

Darüber hinaus erfahren LSBTIQ*-Personen offene und subtile Diskriminierung durch das medizinische Personal. Dies reicht von fehlerhaften Geschlechtseinträgen in Patientenakten bis hin zu respektlosen Anreden und abfälligen Kommentaren. Besonders in der gynäkologischen und urologischen Versorgung fehlt es häufig an Fachkräften, die die spezifischen Bedürfnisse trans* und nonbinärer Patient*innen angemessen berücksichtigen (ebd., 65ff.).

Ein weiteres strukturelles Problem ist die mangelnde Berücksichtigung von LSBTIQ*-Gesundheitsbedürfnissen in Forschung und medizinischer Ausbildung. Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2021) hebt hervor, dass viele Ärzt*innen kaum spezifische Kenntnisse über die gesundheitlichen Herausforderungen queerer Menschen haben, was zu Fehldiagnosen oder unangepassten Behandlungen führt.

Dieses Zitat fasst die Situation treffend zusammen:

„Für die meisten LSBTIQ-Personen stellt sich vielmehr die Frage: Wer diskriminiert mich eigentlich nicht?“* (Schwulenberatung Berlin 2021, 75)

Diskriminierung aufgrund des Alters

Die Studie „Ageismus – Altersbilder und Altersdiskriminierung in Deutschland“ (2023) zeigt, dass ältere Menschen oft von medizinischer Versorgung ausgeschlossen werden, sei es durch pauschale Annahmen über eingeschränkte Heilungschancen oder durch die Priorisierung jüngerer Patient*innen. Diese Form der Diskriminierung bleibt jedoch oft unsichtbar, da sie nicht als explizite Benachteiligung wahrgenommen wird (Kessler/Warner 2023, 79).

Altersdiskriminierung führt dazu, dass ältere Patient*innen in medizinischen Einrichtungen weniger ernst genommen werden und ihnen notwendige Behandlungen verwehrt bleiben. Ärzt*innen neigen dazu, gesundheitliche Beschwerden von älteren Menschen als „altersbedingt“ abzutun, was dazu führt, dass Krankheiten nicht rechtzeitig erkannt oder nicht angemessen behandelt werden (ebd., 229).

Ein weiteres Problem ist die Priorisierung jüngerer Patient*innen in bestimmten Behandlungsbereichen, insbesondere bei teuren oder knappen Ressourcen. Ältere Menschen erhalten seltener innovative Therapien oder lebensverlängernde Maßnahmen, da sie als „weniger lohnende“ Patient*innen betrachtet werden (ebd.).

Zusätzlich gibt es materielle Barrieren, da ältere Menschen häufiger von Armut betroffen sind und sich bestimmte Gesundheitsleistungen nicht leisten können. Viele ältere Patient*innen haben zudem Schwierigkeiten, sich in digitalen Gesundheitsangeboten zurechtzufinden, was ihren Zugang zu medizinischer Versorgung weiter erschwert (ebd.).

Sozialer und aufenthaltsrechtlicher Status

Menschen mit niedrigem Einkommen oder prekären Beschäftigungsverhältnissen haben schlechtere Chancen auf eine umfassende medizinische Versorgung, denn Einkommen und Bildung beeinflussen stark den Zugang zu Gesundheitsleistungen und die Qualität der Behandlung. Eine der größten Hürden ist der Zugang zu privatärztlichen oder spezialisierten Behandlungen, die häufig nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung abgedeckt sind (Kessler/Warner 2022, 30).

Auch Wartezeiten spielen eine Rolle: Untersuchungen zeigen, dass gesetzlich Versicherte oft deutlich länger auf Facharzttermine warten müssen als Privatversicherte. Dies führt dazu, dass einkommensschwache Menschen erst spät oder gar nicht die notwendige Behandlung erhalten (ebd.).

Ein weiteres Problem ist die mangelnde Gesundheitskompetenz, da Menschen mit geringerer Bildung oft schlechter über ihre Rechte im Gesundheitssystem informiert sind. Dies führt dazu, dass sie bestehende Angebote nicht wahrnehmen oder sich in bürokratischen Prozessen nicht zurechtfinden (Stiftung Mercator 2021, 68f.).

Laut der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2021) führt das unter anderem dazu, dass diese Gruppen

- längere Wartezeiten in Kauf nehmen müssen,
- schlechtere Versicherungsmodelle erhalten,
- weniger über ihre Rechte informiert sind.

Ebenfalls benachteiligt werden Geflüchtete und Menschen ohne Aufenthaltsstatus, da sie insbesondere auf erhebliche strukturelle Barrieren stoßen, die ihnen den Zugang zu einer adäquaten medizinischen Versorgung erschweren (Mercator Stiftung 2021, 61ff.). Asylsuchende beispielsweise sind besonders betroffen und erfahren oftmals erhebliche Benachteiligungen.

„Im Asylbewerberleistungsgesetz definierte Einschränkungen der Gesundheitsleistungen verzögern oder verhindern die Behandlung bestimmter Erkrankungen.“ (Dezim 2023, 178)

Zusammenfassung

Die beschriebenen Zugangsbarrieren zeigen, dass Diskriminierung im Gesundheitswesen vielfältige Formen annimmt und systematisch bestimmte Gruppen benachteiligt. Besonders betroffen sind:

- Menschen mit Behinderungen, die durch bauliche und kommunikative Hürden eingeschränkt werden,
- Migrant*innen und rassifizierte Gruppen, die mit Sprachbarrieren, Stereotypisierungen und Vorurteilen konfrontiert sind,
- LSBTIQ*-Personen, die Diskriminierung und mangelnde Fachkenntnis im medizinischen Personal erleben,
- ältere Menschen, die aufgrund von Ageismus schlechtere Behandlungen erhalten,
- sozioökonomisch Benachteiligte, die sich wichtige Gesundheitsleistungen nicht leisten können,
- Menschen mit niedrigem Bildungs- und Sozialstatus,
- Geflüchtete und Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus,
- Menschen ohne Krankenversicherung.

Strukturelle Ungleichheiten, institutionelle und interpersonelle Diskriminierung erfordern gezielte Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Ausbildung, zur Schaffung niedrigschwelliger, diskriminierungsfreier Gesundheitsangebote und die Einführung wirksamer Beschwerdemechanismen.

4.4 BESCHWERDEMECHANISMEN UND HANDLUNGSBEDARFE

Obwohl Diskriminierung im Gesundheitswesen weit verbreitet ist, bestehen erhebliche Lücken in den Beschwerdesystemen, heißt es in manchen Studien. So wüssten viele Betroffene nicht, an wen sie sich wenden können, oder fürchten negative Konsequenzen, wenn sie Beschwerden einreichen. Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2021) hebt hervor, dass vorhandene Beschwerdemechanismen oft schwer zugänglich, intransparent oder nicht auf das Thema Diskriminierung ausgerichtet seien (Bartig et al. 2021, 14).

Als ein zentrales Problem wird genannt, dass Beschwerdeverfahren in Krankenhäusern und Arztpraxen nicht standardisiert seien. In vielen Fällen gebe es keine klaren Strukturen zur Bearbeitung von Diskriminierungsvorfällen, sodass Beschwerden entweder ins Leere laufen oder Betroffene an unzuständige Stellen verwiesen würden. In der Studie von Stiftung Mercator wird betont:

„Es wird wenig getan, um eine institutionelle Kultur zu schaffen, die ein offenes Ohr für Betroffene signalisiert. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass Diskriminierung kaum vorkommt.“ (Stiftung Mercator 2021, 77)

Ein weiteres Hindernis ist das Fehlen unabhängiger, niedrigschwelliger Anlaufstellen für Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitsbereich. Die Studie „Diagnose Diskriminierung“ (van der Heiden 2024, Kap. 4) zeigt, dass es in Deutschland zwar eine Vielzahl von Beratungs- und Beschwerdestellen gibt, diese sich jedoch primär auf die allgemeinen Rechte der Patient*innen konzentrieren und Diskriminierung kaum als eigenes Problemfeld anerkennen. Besonders für trans*- und nonbinäre Personen, Migrant*innen und Menschen mit Behinderung und chronischen Krankheiten gibt es wenige spezialisierte Beratungsangebote, die ihre spezifischen Bedürfnisse adressieren (ebd.).

Die Antidiskriminierungsstelle des Bundes fordert deshalb die Einrichtung flächendeckender, unabhängiger Beschwerdestellen, die explizit auf antidiskriminierungsrechtliche Fragen im Gesundheitswesen spezialisiert sind. Diese sollten rechtlich verankert und mit klar definierten Befugnissen zur Überprüfung und Sanktionierung von Diskriminierungsfällen ausgestattet werden (ebd., 167ff.).

Angst vor Repressalien und mangelndes Vertrauen

Ein wesentlicher Grund für die geringe Nutzung bestehender Beschwerdeverfahren ist die Angst vor negativen Konsequenzen. Der NaDiRa-Bericht hebt hervor, dass viele Betroffene befürchten, nach einer Beschwerde schlechter behandelt zu werden oder den Zugang zu Gesundheitsleistungen gänzlich zu verlieren. Diese „Silencing“-Effekte ziehen nach sich, dass selbst schwerwiegende Diskriminierungserfahrungen häufig nicht gemeldet werden (DeZIM 2023).

Eine weitere Hürde ist das fehlende Vertrauen in die Wirksamkeit von Beschwerdemechanismen. Laut Afrozensus 2020 glauben viele Schwarze, afrikanische und afrodiasporische Menschen nicht, dass eine Beschwerde etwas an ihrer Situation ändern würde, da strukturelle Rassismusprobleme im Gesundheitssystem meist verharmlost oder ignoriert werden.

Um die Situation zu verbessern, empfehlen die Expert*innen der verschiedenen wissenschaftlichen Studien u.a. folgende Maßnahmen:

- Etablierung unabhängiger Beschwerdestellen für Gesundheitsdiskriminierung mit klaren Zuständigkeiten und Befugnissen,

- niedrigschwellige und barrierefreie Meldesysteme, die Beschwerden anonym und unkompliziert ermöglichen,
- verpflichtende Schulungen für medizinisches Personal, um Sensibilität für Diskriminierung zu schaffen und die Bereitschaft zur Selbstkritik zu fördern,
- bessere Bekanntmachung bestehender Beschwerdemöglichkeiten, da viele Betroffene nicht wissen, an wen sie sich wenden können.

Zusammenfassend zum Thema Beschwerdemechanismen im Gesundheitswesen kritisieren die Forscher*innen und Verfasser*innen der Studien und Berichte, dass für viele Betroffene Beschwerdemöglichkeiten derzeit unzureichend und schwer zugänglich sind. Es fehlen unabhängige Beschwerdestellen und auch niedrigschwellige Meldeverfahren. Es wird die Notwendigkeit gesehen, eine stärkere institutionelle Verantwortung zu übernehmen, um Diskriminierung effektiv zu bekämpfen. In der Studie „Wo werde ich eigentlich nicht diskriminiert?“ wird festgestellt:

„Für viele marginalisierte Gruppen stellt sich nicht die Frage, wo sie sich beschweren können, sondern ob ihre Beschwerden überhaupt ernst genommen werden.“ (Schwulenberatung Berlin 2019, 70).

Prioritäre Handlungsbedarfe

Die Studien identifizieren zentrale Handlungsbedarfe, um Diskriminierung im Gesundheitswesen zu reduzieren, und betonen, dass die Bekämpfung von Diskriminierung umfassende Reformen auf verschiedenen Ebenen erforderlich macht.

- Ausbau diversitätssensibler Schulungen: Medizinisches Personal sollte umfassend zu interkultureller Kompetenz und Diversität fortgebildet werden.
- Verbesserung der Barrierefreiheit: Räumliche, kommunikative und kulturelle Zugangsbarrieren müssen abgebaut werden.
- Etablierung niedrigschwelliger Beschwerdesysteme: Transparente und zugängliche Mechanismen zur Meldung von Diskriminierung sollten flächendeckend eingeführt werden.

Weitere Forderungen und Handlungsempfehlungen

Es werden darüber hinaus wichtige Forderungen und Empfehlungen ausgesprochen, um Diskriminierung im Gesundheitswesen nachhaltig zu bekämpfen. Eine zentrale Forderung ist die Ausweitung des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) auf den Gesundheitsbereich, um rechtlichen Schutz vor Diskriminierung zu gewährleisten. Unter anderem sollen auch die Diskriminierungsrisiken durch Armut, ungesicherten Aufenthaltsstatus, Wohnungslosigkeit und fehlende Krankenversicherung inkludiert werden (van der Heiden 2024, 173).

Ein weiteres Anliegen betrifft das Diversity-Management. Gefordert wird, dass Einrichtungen und Institutionen Strategien entwickeln, um eine diversitätsfreundliche und barrierefreie Infrastruktur zu schaffen (Mercator Stiftung 2021, 78f.).

Häufig wurde eine unzureichende Datenlage bemängelt. Deshalb wird die Durchführung systematischer Studien zu und statistischer Erfassung von Diskriminierungserfahrungen empfohlen, um evidenzbasierte Maßnahmen zur Anti-Diskriminierung im Gesundheitswesen entwickeln zu können (DeZIM 2023, 301f.).

Ein weiterer Aspekt betrifft die Stärkung von Communitys und Selbsthilfegruppen: Denn ihnen wird eine zentrale Rolle zugewiesen, wenn es gilt, Betroffene von Diskriminierung psychosozial und auch juristisch zu unterstützen, u.a. durch die Bereitstellung von niedrigschwelligen wie bedarfsgerechten Informationen, damit sich ihre Wissensbestände zum komplexen Gesundheitssystem und zu ihren Rechten zu erweitern (Schwulenberatung Berlin 2021, 106).

Diskriminierung im Gesundheitswesen ist ein komplexes und vielschichtiges Problem, das umfassende Maßnahmen auf individueller, institutioneller und struktureller Ebene erfordert. Die dargestellten Studien und Berichte machen deutlich, dass ein inklusiveres Gesundheitssystem

nicht nur von rechtlichen und institutionellen Reformen, sondern ebenso von einem Wandel in der Haltung und Praxis des medizinischen Personals abhängt. *„Ein gutes Gesundheitssystem könnte strukturelle Ungleichheiten partiell abfedern“* (Mercator Stiftung 2021, 70). Durch gezielte Schulungen von medizinischen Fachkräften wie aber auch von Selbsthilfeorganisationen, durch den Abbau von Barrieren und die Einführung wirksamer Beschwerdemechanismen könnte der Weg zu einem gerechteren Gesundheitssystem geebnet werden.

5 DISKRIMINIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN: HERAUSFORDERUNGEN UND BEDARFE IN BERLIN

Um Herausforderungen und Bedarfe im Gesundheitswesen zu identifizieren, die potenzielle Aufgaben für eine Berliner Fachstelle darstellen, wurde zahlreiche Interviews und Fachdialoge mit Stakeholder*innen aus der Zivilgesellschaft, dem medizinischen Bereich und aus Verwaltungsstrukturen realisiert. Sie zeigen ein vielschichtiges Bild von Diskriminierung im Gesundheitswesen, unterstreichen und bestätigen viele Aspekte der im vorangegangenen Abschnitt summarisch dargestellten Forschungslage, spezifizieren sie aber zugleich für den Berliner Kontext. Zentrale Befunde werden nachfolgend als Grundlage und Vorbereitung der abschließenden Formulierung von Handlungsempfehlungen zur Errichtung einer Berliner Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen skizziert. Die von der Expert*innen formulierten und aus den Problemlagen abgeleiteten Bedarfe werden in diesem Kapitel darum teilweise mit einem vorgehenden Verweis auf die abschließenden Empfehlungen unterlegt.

Diskriminierung ist im Gesundheitswesen keine Ausnahme und kein Einzelfall. Die Erhebungen in Berlin verweisen sehr deutlich und einvernehmlich auf bestehende Problemlagen und Handlungsbedarfe. Diskriminierung im Gesundheitswesen zeigt sich hinsichtlich verschiedener Merkmale (z.B. Ableismus, Antisemitismus, Rassismus, Sexismus und Trans*-Feindlichkeit) und häufig in merkmalsübergreifender Verschränkung. Die Befragten schilderten zugleich eine Bandbreite verschiedener Formen und Dimensionen von Diskriminierung im Gesundheitswesen. Sie reichen von Zugangsschwierigkeiten und -barrieren über ungleiche oder unzureichende Behandlungen bis hin zu direkten Erfahrungen der Abwertung und physischen Gewalt auf der interpersonellen Ebene.

Die nachfolgende Darstellung erfolgt merkmalsübergreifend entlang dieser Diskriminierungsformen, jeweils separat werden (a) Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen, (b) Barrieren und Zugangshürden, (c) Problemverdichtungen im Blick auf Behandlungsphasen, Gesundheitsbereiche und Fachdisziplinen, (d) Beschwerdestrukturen und die Gewährleistung der Rechte von Patient*innen im Gesundheitswesen sowie (e) diskriminierende Wissensbestände dargestellt.

Bevor in den folgenden Kapiteln einzelne Problembereiche und daraus abgeleitete Bedarfe erläutert werden, werden zunächst überblicksartig Besonderheiten von Diskriminierung im Gesundheitswesen dargestellt.

5.1 DISKRIMINIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN: GRUNDLAGEN

5.1.1 Diskriminierende Behandlungsstandards und medizinische Wissensformen

Medizinische Normen und Leitlinien sowie die Entwicklung übertragbarer Behandlungskonzepte erfordern oftmals die Orientierung an Norm- und Durchschnittswerten und die Bezugnahme auf idealtypische Patient*innen. Dabei handelt es sich bisher oftmals um weiße, männliche Patienten mittleren Alters als typische Bezugsgrößen. Problematisch werden solche Verfahrensweisen jedoch, wenn sie als Maßstab fungieren, an dem die Gesundheit und die Bedürfnisse aller Patient*innen gemessen werden. Damit ist das Risiko verbunden, spezifische Bedürfnisse von Menschen aus verschiedenen kulturellen, sozialen oder geschlechtlichen Gruppen möglicherweise nicht hinreichend wahrzunehmen und zu berücksichtigen und diese folglich in der Gesundheitsversorgung zu benachteiligen.

„und da ging es immer wieder darum An wem werden Medikamente getestet? An Männern und an Behandlungsmethoden werden auf männliche Versuchspersonen ausgerichtet. Also das ist ein Riesenthema bei uns gewesen. Da geht es weniger um den Zugang, sondern da

geht es wirklich um die konkrete Behandlung, aber auch um den Fokus auf gewisse Erkrankungen wie Endometriose, die sehr weitverbreitet ist, aber eine große Unwissenheit bisher auch herrsch. Also frauenspezifische Erkrankungen, zu denen wenig geforscht wurde bisher und dadurch auch wenig Behandlungsmethoden vorliegen.“ (Interview 3)

Ein klassisches Beispiel ist die medizinische Forschung, die primär mit weißen männlichen Probanden durchgeführt wurde, was bewirkt, dass geschlechtsspezifische oder andere diversitätsbezogene Unterschiede in der Gesundheit und Krankheitsbehandlung nicht ausreichend beachtet werden. Bei Frauen und People of Color können deshalb Symptome unter Umständen nicht richtig behandelt sowie Diagnosen oder Behandlungen nicht zugeordnet werden.

„Also Diskriminierung hat immer mit Normieren zu tun, aber in der Medizin noch mal stärker. Es geht ja darum, Normen zu vergleichen und Abweichungen von Normen zu identifizieren und Abweichungen von Normen in irgendeiner Form zu korrigieren“ (Interview 10).

Medizinische Normen gehen oftmals mit medizinisch tradierten Annahmen darüber einher, was als „gesund“ oder „krank“ gilt. Die Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit ist einerseits sicherlich elementar und unverzichtbar für ärztliches Handeln, sie kann aber andererseits mit problematischen Vereinseitigungen, Schieflagen und Stereotypen einhergehen. Sie werden in der medizinischen Lehre über klinische Leitlinien und gängige Vorstellungen des Personals über den menschlichen Körper vermittelt und reproduziert. Menschen, die von den Normvorstellungen abweichen, erleben sowohl im Zugang zum Gesundheitswesen als auch in der Diagnose und Behandlung häufig Diskriminierung.

Ein Beispiel hierfür ist der Umgang mit Behinderungen im Gesundheitswesen. So gibt es auch in der Medizin Behindertenfeindlichkeit, die sich nicht nur in fehlender Barrierefreiheit ausdrückt. Wie ein*e Interviewpartner*in erzählte, ist das von besonderer Bedeutung, weil Mediziner*innen

„ja so maßgeblich auch mitentscheiden darüber, wer überhaupt behindert wird, was man dann mit den Leuten machen muss, was der richtige Mensch ist, der fertige, vollständige Mensch ist und so weiter.“ (Fachdialog 5)

Ein anderes Beispiel ist das häufig verwendete Konzept des Body-Mass-Index (BMI), der als Norm für das Körpergewicht gilt. Menschen, die von diesem Standard abweichen, sei es durch Übergewicht oder Untergewicht, werden oftmals nicht nur falsch diagnostiziert, sondern auch stigmatisiert. Übergewicht wird z.B. häufig mit mangelnder Disziplin oder ungesunden Lebensgewohnheiten gleichgesetzt. Normierte Körperbilder können dabei auch die medizinische Behandlung beeinflussen.

„Also es ist auch vollkommen egal, mit welchen Beschwerden man jetzt in so eine Arztpraxis kommt. Ähm, es das Thema Gewicht ist für eine dicke Person immer das Erste, was sie um die Ohren gehauen bekommt. Also auch, wenn man mit einem gebrochenen Arm kommt, sozusagen nehmen sie erstmal ab und so, also im Krankenhaus in der Praxis.“ (Interview 9)

Ähnlich verhält es sich bei den normativen Vorstellungen von Geschlecht. Während medizinische Standards oft auf den männlichen Körper ausgerichtet sind, ist das Gesundheitssystem, wie andere Bereiche, binär strukturiert. Aus den Erhebungen geht hervor, dass traditionelle Vorstellungen von Mann und Frau zu Diskriminierungen gegenüber Menschen führen, die sich nicht in dieses binäre System einordnen lassen, wie etwa inter*- oder nonbinäre Personen. Als Beispiel wurden z.B. gynäkologische Praxen genannt, *„die immer nur von Frauen sprechen und da nicht so ein umfassenderes Bild von Menschen haben, die eine nötige gynäkologische Untersuchung in Anspruch nehmen müssen“ (Fachdialog 5)*. In vielen Fällen werden diese Personengruppen in der medizinischen Versorgung ignoriert oder mit Vorurteilen konfrontiert, da ihre Identität nicht den gängigen herrschenden normativen Kategorien entspricht.

Auch rassistische Normvorstellungen können zu Diskriminierung im Gesundheitssystem führen. In der Vergangenheit bestand zum Beispiel die Annahme, dass Schwarze Menschen eine höhere Schmerzschwelle hätten, was zu einer unzureichenden Schmerzbehandlung führte und heute teils noch führt. Solche rassistischen Normen bzw. zugeschriebene Normabweichungen können zur Folge haben, dass Schwarze Patient*innen anders behandelt werden oder ihnen nicht die gleiche Aufmerksamkeit und Sorgfalt zuteil wird wie anderen. Interviewpartner*innen betonten, dass sich so das Risiko erhöht, dass Krankheiten erst sehr viel später diagnostiziert werden.

Zudem spielen soziale Normen eine Rolle, die sich an Faktoren wie dem sozioökonomischen Status orientieren. Menschen aus ärmeren Verhältnissen oder mit geringerer Bildung erleben häufiger Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung. Diese Personen werden nicht nur öfter in stereotype Kategorien eingeordnet, sondern auch in ihrer medizinischen Versorgung benachteiligt. Die Annahme, dass Menschen mit niedrigem Einkommen oder Bildungsniveau weniger „informiert“ oder „verantwortungsbewusst“ sind, kann dazu führen, dass ihnen eine geringere Aufmerksamkeit geschenkt wird, was ihre Behandlung negativ beeinflussen kann. Dies wirkt sich z.B. auch auf die Beteiligung von Patient*innen aus, z.B.

„wenn es um therapeutische Auswahlmöglichkeiten gibt, wo auch deutlich wurde, dass da auch Klassismus stattfindet oder eine Diskriminierung, weil ach ja, der hat ja gar nicht die geistigen, kognitiven Fähigkeiten, das legen wir jetzt fest. So, und bei einem anderen, der kritisch nachfragt, wird sich lange hingesetzt und nach einer Therapiemöglichkeit gesucht. Das sind schon Dinge, die wir auch immer wieder widergespiegelt kriegen und dann öffentlich thematisieren.“ (Interview 3)

Die angeführten Beispiele aus den Erhebungen verdeutlichen das Zusammenspiel von herrschenden Normvorstellungen und Diskriminierung im Gesundheitssystem, die sich historisch entwickelt haben. Selektive und einseitige Normalitätskonzepte sowie medizinische Standards können zur mangelnden Berücksichtigung spezifischer gesundheitlicher Bedürfnisse vulnerabler Personengruppen führen.

„Für mich [ist] ... so ein zentraler Aspekt, dass ein Mustermensch als Blaupause für alle möglichen Maßnahmen herhält. Und das ist ein gesunder weißer mittelalter Mann. So, und alle Personen, die in welcher Form auch immer von diesem Modell abweichen, haben natürlich Schwierigkeiten.“ (Interview 12)

Die Auswertungen der Interviews decken sich mit aktuellen anderen Studien, dass Diskriminierungserfahrungen von Menschen, die als von der Norm „abweichend“ wahrgenommen werden, sowohl auf vorurteilsbehaftetes tradiertes Wissen oder abwertende Einstellungen des Personals zurückzuführen sind als auch auf Angebots- und Wissenslücken für/über bestimmte Personen/Gruppen im Gesundheitssystem: Ein häufig genanntes Beispiel in den Interviews war das fehlende Wissen über Schwarze Haut, aber auch die mangelnde Aufmerksamkeit für spezifische Frauenkrankheiten sowie die mangelnde medizinische Versorgung von Aids-Patient*innen und fehlende Angebote für inter*-, trans*- und nonbinäre Personen.

Normen in der Medizin sind in vielerlei Hinsicht mit Diskriminierung verbunden, da sie sich oft an bestimmten normierten Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit orientieren, die nicht die Vielfalt menschlicher Erfahrungen widerspiegeln. Wenn medizinische Standards auf einer einseitigen oder unvollständigen Wahrnehmung beruhen, führt dies zu systematischen Ungleichbehandlungen, die Patient*innen in benachteiligten Positionen weiter marginalisieren. Eine inklusivere Medizin würde daher die Vielfalt der Erfahrungen und Bedürfnisse von Patient*innen stärker in den Mittelpunkt stellen und anerkennen.

5.1.2 Die doppelte Verletzlichkeit von Betroffenen im Gesundheitssystem

Diskriminierung im Gesundheitswesen trifft häufig auf eine doppelte Verletzlichkeit von Patient*innen. Hier decken sich die Erkenntnisse aus der Literatur und aus der Bedarfsanalyse von

Camino: Einerseits sind Betroffene aufgrund ihrer Krankheit und des damit verbundenen Bedarfs an medizinischer Behandlung ohnehin in einer vulnerablen Situation, da sie auf die Unterstützung und Entscheidungen der behandelnden Ärzt*innen angewiesen sind. Andererseits erleben sie zusätzlich Diskriminierung und ungleiche Behandlung, was ihre Verwundbarkeit weiter verstärkt. Besonders deutlich wird diese doppelte Belastung bei seltenen oder schweren gesundheitlichen Problemen in Verbindung mit Mehrfachdiskriminierung, etwa aufgrund von Rassismus, Geschlecht, Herkunft, sozialer Stellung oder Behinderung.

„Stellen Sie sich mal vor, Sie sind von Rassismus betroffen und trans und Sie gehen aber jetzt nicht zum Arzt, weil Sie eine Erkältung haben, sondern Sie gehen zum Arzt, weil Sie eine schwere chronische Erkrankung haben, von der es sowieso irgendwie gesellschaftlich in der Gesamtbevölkerung 0,3 % oder 0,03 % der Menschen diese Erkrankung überhaupt haben. Und dann sind Sie noch mehrfach diskriminiert. Dann haben Sie eine schlechte Position sozusagen. ... Weil natürlich genau, je weiter Sie aus der Norm rausfallen ist, ja eigentlich die größeren Schwierigkeiten kriegen.“ (Interview 10)*

Diese doppelte Belastung führt oft dazu, dass viele Probleme unsichtbar bleiben. Betroffene fühlen sich ohnmächtig und sind weder in der Lage, sich Unterstützung zu suchen, noch die Diskriminierung zu melden. Die Unmöglichkeit, sich zu wehren, verstärkt das Gefühl der Hilflosigkeit. Betroffene benötigen daher Unterstützung, um sich gegen Ungerechtigkeiten wehren zu können. Ein Beispiel hierfür gibt ein*e Interviewpartner*in, der/die das Dilemma eines/einer Patient*in im Krankenhaus beschreibt:

„Aber stellen Sie sich mal vor, Sie sind tatsächlich der Patient und Sie liegen da gerade irgendwie im Krankenhausbett und Sie können nicht aus dem Bett raus und dann werden Sie irgendwie von Ihrem Arzt diskriminiert. Dann rufen Sie die interne Beschwerdestelle in der Charité an und sagen: ‚Hey, Dr. Soundso war gerade wieder schroff zu mir‘, während Sie in diesem Bett liegen und er am Morgen wiederkommen wird, um die nächste Visite zu machen? Das macht doch niemand.“ (Interview 10)

5.1.3 Verstärkung von Diskriminierung aufgrund hoher Belastung des Gesundheitspersonals

Erscheinungsformen von Diskriminierung im Gesundheitswesen sind häufig mit den allgemeinen Belastungen des Systems verbunden, die durch Kostendruck und Personalmangel erzeugt werden. Diese strukturellen Probleme im Gesundheitswesen können Diskriminierung nicht nur begünstigen, sondern auch als Rechtfertigung für ungleiche Behandlung dienen. Unter der zunehmenden Belastung durch knappe Ressourcen und einem erheblichen Druck, vorhandene Mittel effizient zu nutzen, können diskriminierende Handlungen oder ungleiche Behandlungen unbewusst verstärkt oder sogar als notwendig erachtet werden. Die Vielschichtigkeit der Diskriminierung, insbesondere im Zusammenhang mit den bestehenden Problemen des Gesundheitssystems, führt zu Situationen, in denen Patient*innen ungleich oder unzureichend behandelt werden. Dies wird etwa durch den Druck auf Fachkräfte deutlich, die unter extremen Arbeitsbedingungen leiden.

„Wo Fachkräfte einfach nicht in der Lage sind, empathisch, zugewandt und sensibel auf Patienten einzugehen und auch selber diese Belastung spüren. Also sagen ‚Hey, ich bin da nicht empathisch oder ich musste dann halt einfach weitermachen oder war dann halt schroff‘. Also das ist sozusagen ein Teil des Problems.“ (Interview 11)

Zu den institutionellen Barrieren, die solche Situationen begünstigen, gehören standardisierte Abläufe und der Zeitmangel pro Patient*in, was dazu führt, dass den individuellen Bedarfen oft nicht die nötige Aufmerksamkeit geschenkt wird. Der Zeitdruck, der durch die strukturellen Belastungen im System entsteht, lässt wenig Raum für die notwendige, differenzierte Betrachtung der Bedürfnisse von Patient*innen. Dadurch werden Diskriminierung und ungleiche Behandlung verstärkt.

5.1.4 Diskriminierungsrisiken aufgrund des strukturellen Aufbaus des Gesundheitssystems

Das Gesundheitssystem wird von Befragten als ein stark hierarchisches, starr strukturiertes und „hochgradig intransparentes, komplexes System“ (Interview 3) problematisiert. Wettbewerbsdruck in der Auseinandersetzung um Ressourcen und Reputation – insbesondere in der universitären Medizin – könnten dazu beitragen, dass problematische Strukturen und Ungleichbehandlungen weiter bestehen bleiben oder gar verstärkt werden, was sich wiederum auf die medizinische Versorgung und die Diskriminierung (negativ) auswirken kann. Insgesamt erscheint das Gesundheitswesen insoweit für Reformimpulse – beispielsweise in Richtung einer höheren Diversitätssensibilität – in seinen alltäglichen Verfahren und Abläufen nicht immer ausreichend aufgeschlossen und zugänglich.

Ein bekanntes Merkmal dieser hierarchischen Struktur ist das so genannte „Götter-in-Weiß“-Phänomen, das Ärzt*innen die Rolle von allwissenden Autoritäten zuschreibt. Deren überhöhte Wahrnehmung kann Diskriminierung und ungleiche Behandlung befördern, wenn zugleich Möglichkeiten einer kritischen Auseinandersetzung mit problematischen Praktiken einschränkt sind.

*„Also das ist ein dieses Erleben von Hierarchie, die man nicht durchdringen kann, und das ist eine schmerzhaft Erfahrung. Und letztendlich machen wir als Beraterinnen diese Erfahrung ja auch oft, wenn wir uns auf den Weg machen, diese Diskriminierung in der Beschwerde zu erfassen, merken wir, mit was für einem System man es hier zu tun hat. Dass ein hierarchisches System den Patient*innen und deren Expertise erst mal keine Bedeutung gibt.“ (Interview 3)*

Die Kehrseite einer starken Zentralisierung von Wissen und Entscheidungsbefugnissen besteht in der Ausblendung oder Marginalisierung der Perspektive von Patient*innen oder weniger privilegierten medizinischen Fachkräften.

„[...] also zum Beispiel, man ist als Studi bei einer Visite mit dabei und merkt, dass der Chefarzt diskriminiert, aber man sieht sich gar nicht in der Position, was sagen zu können, einfach weil man Angst hat.“ (Fachdialog 5)

Befragte betonten jedoch auch, dass es gegenüber solchen sehr traditionalistischen und autoritären Modellen der ärztlichen Rolle vielfältige Anzeichen für Paradigmenwechsel hin zu einer kritischen Auseinandersetzung mit Diskriminierung, Diversity und einem neuen Gesundheitsverständnis gebe, das die Patient*innen als Partner*innen betrachtet und ihr Wohlergehen in den Mittelpunkt stelle. Trotz dieser Fortschritte seien Diskriminierungsformen im Gesundheitswesen so tief verwurzelt und vielfältig, dass geeignete Gegenmaßnahmen nicht einfach oder automatisch entstehen würden. Es sei notwendig, auf strukturelle Veränderungen hinzuwirken, um eine gerechtere und inklusivere Gesundheitsversorgung zu schaffen.

5.2 MEHRDIMENSIONALE DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN

Diskriminierung im Gesundheitswesen ist kein Phänomen, das sich auf Vorfälle auf der interpersonalen Ebene reduzieren lässt, bzw. müssen Vorfälle auf der interpersonalen Ebene auch im Zusammenhang mit institutionellen Mechanismen und Abläufen sowie gesellschaftlichen und politischen Strukturen betrachtet werden, die das Gesundheitssystem prägen.

5.2.1 Diskriminierungserfahrungen auf interpersonaler Ebene

Diskriminierungserfahrungen auf der interpersonalen Ebene werden in den Interviews besonders häufig als Beispiele für Diskriminierung im Gesundheitswesen genannt, weil es sich hierbei neben Fehldiagnosen aufgrund mangelnden Wissens (siehe Kap. 5.5) oftmals um intendierte, direkte Diskriminierungen in der Interaktion von Personal und Patient*innen sowie zwischen Kolleg*innen handelt. Dazu gehören unbewusste und bewusste Vorurteile und Stereotype, die

in der medizinischen Versorgung zu ungleicher Behandlung führen, sowie diskriminierende Haltungen, die die gesundheitliche Versorgung von Betroffenen erschweren. Die interviewten Expert*innen betonen, die Vorfälle nicht isoliert von institutionellen und strukturellen Mechanismen und Abläufen im Gesundheitswesen zu betrachten und sie ebenso in den gesellschaftlichen Kontext einzubetten.

Wie in anderen gesellschaftlichen Bereichen sind Diskriminierungserfahrungen auf der interpersonalen Ebene im Gesundheitswesen häufig auf Vorurteile und Stereotype in der Dominanzgesellschaft gegenüber bestimmten Minderheiten zurückzuführen, die in Deutschland historisch gesellschaftlich verankert sind (u.a. Antisemitismus, Rassismus, Sexismus, Trans*-Feindlichkeit, Klassismus). Neben expliziten stereotypen Äußerungen erfahren Betroffene auch Mikroaggressionen und subtile Diskriminierung, z.B. in Form von Mikroaggressionen (unangemessene Kommentare, Ignorieren von Bedürfnissen, ständige Korrektur von Patient*innen etc.), die auf abwertende oder feindselige Einstellungen gegenüber bestimmten Gruppen zurückzuführen sind:

„Oder sie haben eben genau einen Arzt, der vielleicht die Patientin medizinisch richtig behandelt, aber dabei die ganze Zeit kommentiert, unangemessene Fragen stellt, all diese Sachen, die im Zweifel ja auch wieder dazu führen, dass Patientinnen nicht mehr wiederkommen, die Behandlung abbrechen usw.“ (Interview 10)

Auch aktuelle gesellschaftliche Diskurse und Entwicklungen wirken in das Gesundheitswesen hinein.

So wurden in den Interviews und Gesprächen z.B. die Zunahme von antimuslimischem Rassismus und Antisemitismus in Folge des 7. Oktobers sowie der zunehmende Einfluss von Diskursen aus dem rechten bis rechtsextremen Spektrum thematisiert:

„Aber natürlich haben wir im Moment gerade auch ein Klima der der Vorurteilspflege aus der rechtspopulistischen Ecke, was mich wirklich besorgt. So, weil es sehr, sehr schlicht ist und weil es aber so lautstark daherkommt. Also die Ausländer, das hatten wir schon mal irgendwie in den 70er Jahren oder die Sozialschmarotzer oder ich weiß nicht was.“ (Interview 12)

Auf der interpersonalen Ebene werden Diskriminierungen auch durch das Machtverhältnis im Ärzt*innen-Patient*innen-Verhältnis geprägt. Hierzu zählen insbesondere Erfahrungen, nicht ernst genommen und belehrt zu werden, aber ebenso Erfahrungen mit falschen und vor allem eingeschränkten Diagnosen, wenn bestimmte Symptome beispielsweise ohne Prüfung weiterer Ursachen auf bestimmte zugeschriebene Merkmale oder Lebenssituationen der Patient*innen zurückgeführt werden (unkontrollierte Ernährung bei Übergewichtigen, Stress z.B. bei Alleinerziehenden, angebliche Überempfindlichkeit bei Menschen aus dem Mittelmeerraum und vermeintliche Schmerzresistenz von Schwarzen Menschen etc.). Beispiele aus der Literaturanalyse und in Interviews wurden hierzu schon in Kap 4 und 5.4 genannt). Darüber hinaus erleben Betroffene auf der Behandlungsebene aber auch Diskriminierung durch unbewusste Vorurteile, z.B. bei der Diagnose, der Wahl von Behandlungsmethoden oder in der Kommunikation.

Die Vorfälle auf der interpersonalen Ebene sind jedoch nicht losgelöst von der institutionellen und strukturellen Ebene. So können z.B. fehlende Schulung, Sensibilisierung und Weiterbildung im Gesundheitssystem zur Reproduktion von Diskriminierung auf der interpersonalen Ebene beitragen, wenn die Beschäftigten nicht – z.B. durch die Entwicklung von Leitbildern und das Anbieten von Fortbildungen – in ihrer Haltung gestärkt und zu spezifischen gesundheitlichen Bedarfen von z.B. trans*-Personen geschult werden. Das Zusammenwirken der Ebenen zeigt sich besonders auch an den fehlenden Konsequenzen bei Vorfällen auf der interpersonalen Ebene, wenn hier z.B. interne Beschwerdestrukturen auf institutioneller Ebene nicht greifen, unabhängige Beschwerdestellen fehlen und Antidiskriminierungsgesetze nicht durchgesetzt werden (siehe Kap 5.5).

Es ist deshalb unbedingt notwendig, Diskriminierung auf den verschiedenen Ebenen nicht losgelöst voneinander, sondern in ihrem Zusammenspiel zu betrachten, damit sie erfolgreich bekämpft werden können.

5.2.2 Diskriminierung durch institutionelle und strukturelle Kontexte und Prozesse

Strukturelle Diskriminierung bezeichnet die systematische Benachteiligung von bestimmten Gruppen innerhalb der Gesellschaft, die durch gesellschaftliche, politische und ökonomische Strukturen begründet ist. Sie ist weniger sichtbar als individuelle Diskriminierung, da sie nicht auf direkten persönlichen Vorurteilen basiert, sondern in die institutionellen Praktiken, Normen, Gesetze und Systeme eingebettet ist, die Mechanismen und Abläufe in bestimmten Institutionen und Bereichen des täglichen Lebens prägen. Strukturelle Diskriminierung ist also nicht nur eine Frage von persönlichen Vorurteilen, sondern tief in den sozialen, politischen und wirtschaftlichen Systemen verwurzelt, die unbewusst oder bewusst Ungleichheit reproduzieren, so auch im Gesundheitswesen.

Auf institutioneller Ebene werden in den Interviews u.a. Zugangsbarrieren genannt, die beispielsweise durch die Versicherungspflicht oder bürokratische Hürden (wie komplizierte Anmeldeprozesse und Terminvergabe) entstehen, die insbesondere marginalisierte Gruppen diskriminieren und letztendlich auch zu ihrem Ausschluss führen können. Ebenso die nicht bedarfsgerechte Gewährleistung der Sprach- und Kulturmittlung wird als Beispiel für Diskriminierung auf der institutionell-strukturellen Ebene genannt.

Es wurde vielfach betont, dass institutionelle Normen, Werte und Praktiken einer Institution (z.B. einer Klinik oder Arztpraxis) zu einem diskriminierenden Verhalten auf der interpersonalen Ebene beitragen können, wenn es beispielsweise keine entsprechenden Ansätze zur Entwicklung einer diskriminierungssensiblen Organisationsentwicklung gibt, die z.B. mit der Entwicklung von Leitbildern und/oder mit entsprechenden Fortbildungen umgesetzt wird. Wenn Diskriminierungsvorfälle nur als Einzelfälle bearbeitet werden, aber eine „strukturelle Übertragung“ (Fachdialog 5) ausbleibt, dann wird Diskriminierungsvorfällen auf der interpersonalen Ebene langfristig nicht vorgebeugt. Und umgekehrt, können Einstellung und Haltung einzelner Personen insbesondere auch auf der Leitungsebene zu institutionellen und strukturellen Veränderungen hin zu einem gerechteren und inklusiveren Gesundheitswesen beitragen.

Ein weiterer Faktor, der Diskriminierungen eher nicht verhindert, besteht darin, dass die Fachkräfte im Gesundheitswesen keine oder wenig Konsequenzen bei diskriminierendem Verhalten fürchten müssen (Interview 6).

Hier spielen die bereits erläuterten besonderen Eigenschaften des Gesundheitswesens eine verstärkende Rolle: Auf der einen Seite die häufig genannte Belastung/Überlastung des Gesundheitssystems, insbesondere der Zeitdruck, und auf der anderen Seite die in sich geschlossene und hierarchische Organisation des Gesundheitswesens.

Auf institutioneller Ebene wurden von einem Teil der Expert*innen auch Beispiele für Diskriminierungserfahrungen von Beschäftigten im Gesundheitswesen geschildert. Dazu zählen sowohl die Erfahrungen von Beschäftigten auf den unteren Hierarchieebenen, wie z.B. von Reinigungsservice- und Pflegekräften. Hier verschränken sich Diskriminierungserfahrungen, insbesondere Rassismus, da diese Arbeitsbereiche zunehmend migrantisiert sind, häufig mit prekären und belastenden Arbeitsbedingungen.

Beschäftigte im Gesundheitswesen erfahren aber gleichfalls Diskriminierungen in Hinblick auf ihre Aufstiegsmöglichkeiten in einer hierarchischen Institution. Hier spielen sowohl Rassismus, Sexismus, Ageismus als auch weitere Diskriminierungsformen eine Rolle:

„Da wird dann gesagt, nein, sie ist noch zu unerfahren, ist noch zu jung und so, ähm, also das sind Diskriminierungsdimensionen, die da auch sehr häufig geäußert werden.“ (Interview 12)

5.2.3 Diskriminierungsrisiken durch strukturelle Ungleichheiten

Diskriminierung und ungleicher Zugang zu Gesundheitsressourcen sind auch in größere gesellschaftliche und wirtschaftliche Strukturen eingebettet, die über die institutionelle Ebene im Gesundheitswesen hinausreichen.

„Menschen ohne Versicherungsschutz fallen oft komplett aus dem System. Besonders schlimm ist es für Wohnungslose, die oft keinerlei Zugang zu Gesundheitsversorgung haben.“ (Interview 3)

So spielt z.B. neben der Versicherungspflicht, die viele Menschen aus dem Gesundheitssystem ausschließt, auch die ungleiche räumliche Verteilung von gesundheitlichen Einrichtungen in der Hauptstadt eine Rolle. Ein Befragter schildert das mit Bezug zur psychotherapeutischen Versorgung:

„Psychotherapeuten gibt es eher im Westen, nur wenig im Osten der Stadt. Hier gibt es besonders hohe Wartezeiten, eine schlechtere Versorgung für ärmere Betroffene und für solche, die über wenig Systemwissen verfügen.“ (Interview 6)

Neben der Ost-West-Schere in Berlin gibt es auch Anzeichen dafür, dass sich der mangelnde Zugang bei gleichzeitig gesteigerten Bedarfen an gesundheitlichen Einrichtungen auch entlang innerstädtischer Ungleichheiten abzeichnet.

In von sozio-ökonomischer Benachteiligung geprägten Regionen gibt es oft eine weniger umfangreich ausgestattete Gesundheitsinfrastruktur. Dabei sind gerade die medizinisch unterversorgten Stadtteile auch diejenigen, in denen sich soziale und städtebauliche Faktoren verstärkt negativ auf die Gesundheit auswirken (z.B. Lärm, Hitze, Belegungsdichte der Wohnungen etc.). Zu besonderen Belastungen führt das für kinderreiche oder alleinerziehende Familien:

„Ja, billigere Wohnungen sind an viel befahrenen Straßen. Wir haben Lärm, wir haben zeitgleich Feinstaub. Eine schlechte Bausubstanz. Wir haben das Risiko von Schimmelbelastung oder ungesunder Raumluft beispielsweise. Wir haben zu kleine Wohnungen. Das fördert die psychische Belastung von Eltern und Kindern. Kinder können kaum ungestört Hausaufgaben erledigen, beispielsweise. Ganz zu schweigen davon, dass sie mal irgendwie für sich alleine sind. Wir haben diese Wohnsituation. In Berlin wird auch Wohngeld entsprechend gezahlt. Es wird davon ausgegangen ein Zimmer für das Kind und ein weiteres Zimmer. Das bedeutet, dass die Mutter kein eigenes Zimmer zur Verfügung hat. Sie hat überhaupt keinen Rückzugsort, sondern schläft in der Regel im Wohnzimmer der Familie.“ (Interview 13)

Regionale Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung sind innerhalb Berlins durch die zentrale Bedarfsplanung bedingt. Diese erschwert den Zugang zu Ärzt*innen in einigen Bezirken wie Marzahn-Hellersdorf. Hinzu kommt, dass der Zugang zu Kinderärzt*innen und Hausärzt*innen in Berlin insgesamt schwierig geworden ist, da viele Ärzt*innen keine neuen Patient*innen aufnehmen (Interview 6). So gibt es z.B. in sogenannten Ankommensquartieren, in denen viele Geflüchtete leben, einen erhöhten Bedarf an mehrsprachigen Kinderärzt*innen. Diese besonderen Bedarfe verstärken die Zugangsbarrieren in einer Situation, in der es ohnehin schon nicht ausreichend Kinderärzt*innen in der Stadt gibt (Interview 8 & 13).

Neben bzw. auch im Zusammenspiel mit räumlichen Ungleichheiten spielen zeitliche, finanzielle und sprachliche ungleiche Ressourcenzugänge eine Rolle, um gesundheitliche Leistungen in Anspruch nehmen zu können. So haben beispielsweise Alleinerziehende, die z.B. im Wohnbezirk keine*n Kinderärzt*in finden, kaum Zeit für Arztbesuche am anderen Ende der Stadt. Kommen Sprachbarrieren hinzu, gestaltet sich schon die Suche nach einem Arzttermin noch einmal komplizierter. Fallen aufgrund der Entfernung zu einer Arztpraxis am anderen Ende der Stadt

weiterhin Transportkosten an, ist der Zugang insbesondere für von Armut betroffene Alleinerziehende oder Geflüchtete deutlich erschwert (Interview 13).

5.2.4 Die Bedeutung gesundheitspolitischer Rahmenbedingungen

Politische Entscheidungen im Gesundheitswesen, wie Gesundheitsreformen und das Versicherungssystem, wirken sich direkt auf die Diskriminierungserfahrungen bestimmter Gruppen in Deutschland aus. Von Interviewpartner*innen wurde u.a. angemerkt, dass das duale Pflichtversicherungssystem, bei dem viele Menschen von Gesundheitsleistungen ausgeschlossen werden und Privatversicherte oft bevorzugte Behandlung erhalten, zu Ungleichbehandlungen führe. Das gelte insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen oder Menschen mit Fluchterfahrungen, die häufiger nicht versichert oder auf die gesetzliche Krankenversicherung angewiesen sind. Zudem können Kürzungen im Gesundheitsbudget und die Überlastung von Klinikpersonal zu einer schlechteren Versorgung führen und Diskriminierung verstärken. Wenn beispielsweise knappe Ressourcen und standardisierte Abläufe in Kliniken den individuellen Bedürfnissen von Patient*innen nicht gerecht werden, weil z.B. zusätzlich benötigte Behandlungszeit nicht abrechenbar ist, werden bestimmte Gruppen, wie ältere Menschen oder Angehörige von Minderheiten, häufiger benachteiligt.

„Dann fällt diese Patientin mit diesem zusätzlichen Bedarf einfach hinten runter.“ (Interview 8)

Angebotslücken hinsichtlich spezifischer Bedarfe in der Gesundheitsversorgung in bestimmten Regionen oder Stadtbezirken werden auch durch das kassenärztliche Zulassungsverfahren beeinflusst. So bemerken die Interviewpartner*innen, dass es immer noch eine ungleiche Verteilung von Angeboten in der Stadt gibt:

„Ja, das ist schön, dass also irgendwie gefühlt 75 % unserer Ärzte sich in Steglitz Zehlendorf tummeln. Nur leider wohnt die Bevölkerung dort nicht. [...] Überall Ärztinnen so, aber das sollte man doch mal auf die Anzahl von Kindern im Stadtbezirk schauen, um das dann entsprechend mal verteilen.“ (Interview 13)

Ebenso könnte die Einführung von Diversität fördernden Kriterien bei der Vergabe von Zulassungen z.B. den Bedarf an Mehrsprachigkeit und diversitätssensiblen Ärzt*innen berücksichtigen:

„Ich denke tatsächlich, dass es total hilfreich wäre, wenn bei der Zulassung von psychotherapeutischen oder ärztlichen Praxen, über die KV über den Zulassungsausschuss andere Kriterien eine Rolle spielen würden, wie zum Beispiel Sprachkompetenz, kulturelle Kompetenz, Diversität der zugelassenen TherapeutInnen und ÄrztInnen, weil ich denke, dass das automatisch die Situation sehr verbessern würde, für Menschen, die sich dann da eben verstanden und gesehen sehen.“ (Fachdialog 3).

Zudem fördert die mangelnde Umsetzung von Anti-Diskriminierungsgesetzen in einigen Bereichen des Gesundheitswesens, wie etwa bei der Behandlung von Menschen mit Behinderung, weiterhin systematische Diskriminierung. Politische Initiativen, die gezielt gegen Diskriminierung vorgehen und ein inklusiveres Gesundheitssystem fördern, sind daher entscheidend, um eine gleichwertige Versorgung für alle sicherzustellen.

5.2.5 Ausblick und Bedarfe

Die Umsetzung der Vision eines diversitätsorientierten und diskriminierungssensiblen Gesundheitswesens ist ein umfassender Prozess, in dem verschiedene und jeweils anders ansetzende Einzelmaßnahmen gebündelt und verschränkt werden müssten. Dass ein solcher Prozess zwar vielschichtig, zugleich aber auch gangbar und umsetzbar ist, zeigen zahlreiche gute Beispiele an einzelnen medizinischen Einrichtungen in Berlin.

Mit Bezug auf die direkten Diskriminierungserfahrungen auf der interpersonalen Ebene wird hier zum einen der Bedarf der Unterstützung von Betroffenen erläutert und daran anschließend mit Bezug auf Diskriminierung auf der institutionellen und strukturellen Ebene der Bedarf an Organisationsentwicklung, Fortbildung und politischer Lobbyarbeit.

Beratung und Unterstützung für Betroffene von Diskriminierung im Gesundheitswesen

Für Betroffene von Diskriminierung braucht es ausreichende und passende Beratungsangebote. Hier ist es zum einen notwendig, dass sie nicht stets woandershin verwiesen werden oder die Unterstützung nicht auf automatisierte Beschwerdeverfahren reduziert wird. Sie müssen möglichst unkompliziert die Möglichkeit haben – was gerade für schwerkranke oder in ihrer Mobilität eingeschränkte Betroffene schwierig ist –, Beratungsstellen aufzusuchen:

„Erstmal, und das ist, glaube ich, eines der vordringlichsten Bedürfnisse von Menschen, die sich diskriminiert fühlen, dass da eine Person ist, eine lebendige Person, kein Chatbot oder was auch immer, der mir zuhört und meine Kümernisse ernst nimmt. Ja, so und das tun eben in erster Linie Menschen vor eigenem Erfahrungshintergrund.“ (Interview 12)

Die Initiative „Beratung zu Diskriminierung im Gesundheitswesen“ (Deutsche Aidshilfe e.V. o.J.) hält ein solches Angebot vor und richtet sich damit an Antidiskriminierungsberatungs- und Verweisberatungsstellen in der Bundesrepublik. Mithilfe eines digitalen Lernformats und einer digitalen Austauschplattform soll die Beratung zu Diskriminierung im Gesundheitswesen qualitativ verbessert werden. Ein weiteres Ziel ist es, die Kompetenz von Beratungsstellen für Menschen mit Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen sichtbar zu machen. Interessant ist, dass Menschen mit HIV, Black People, People of Color (BPoC) sowie trans* und nonbinäre Menschen am Projekt partizipieren und in dieses eingebunden werden.

Neben Beratungsangeboten brauchen Betroffene, die strukturell von medizinischer Versorgung ausgeschlossen sind und nicht auf die notwendigen Veränderungen zur Überwindung dieser Ausschlüsse warten können, auch unterstützende „Parallelstrukturen“ der medizinischen Versorgung durch Angebote sozialer Hilfsorganisationen oder durch communitybasierte Selbsthilfeangebote.

Die Befragten haben mehrfach geschildert, dass Angehörige von diskriminierten Minderheiten oder Gruppen oft das Vertrauen in Gesundheitseinrichtungen verloren haben und diese darum meiden. Community-basierte Selbsthilfeangebote könnten hier zum einen eine alternative Anlaufstelle für Beratung und gesundheitliche Versorgung sein. Als Beispiele wurden im Rahmen der Erhebung Organisationen wie Casa Kuà (Casa Kuà o.J.), OFEK e.V. (OFEK o.J.), und das Feministische Frauen Gesundheit Zentrum e.V. (FFGZ) (Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V. Berlin o.J.) genannt. Eine ausreichende und langfristige Finanzierung solcher Selbsthilfeangebote ist jedoch eine Voraussetzung dafür, dass diese Betroffene nachhaltig unterstützen können (Interview 8).

Zum anderen können Selbsthilfeinitiativen auch dazu beitragen, das Vertrauen von Betroffenen in das Gesundheitswesen zurückzugewinnen, und beispielsweise über Veränderungen hin zu diversitätssensiblen Angeboten in gesundheitlichen Einrichtungen informieren.

„also wir müssen uns auch darum kümmern, dass die Person, die einfach schon ein Misstrauen gegenüber dem Gesundheitswesen haben, dass die sich wieder dem annähern können, dass sie ernstgenommen werden.“ (Fachdialog 5)

Informationen über diversitätssensible Angebote, die es mittlerweile in einigen Gesundheitseinrichtungen gibt, kommen aber oftmals bei Betroffenen nicht an. *„Manchmal brauchen wir diese Brückenfunktion, damit sie da ankommen, wo sie, also wo sie einfach diese spezifische Unterstützung erhalten.“* (Interview 8)

Selbsthilfeangebote können solch eine Brückenfunktion einnehmen, um Betroffene über Entwicklungen und spezifische Angebote zu informieren, aber auch um umgekehrt den Kontakt

zwischen Expert*innen und Betroffenen herzustellen, damit ihre Perspektiven in Bedarfserhebungen einbezogen werden:

„Und das ist für mich immer wichtig, dass man sagt okay, dort treffen wir Menschen, die in Not sind, die in prekären Lebenssituationen sind, die Unterstützung brauchen. Und da können wir eigentlich auch erfahren, was sind die Bedarfe und wie müssen die Angebote konstruiert sein.“ (Interview 8)

Ein Beispiel für alternative Angebote durch Wohltätigkeitsorganisationen ist in Berlin z.B. die Clearingstelle für Nichtversicherte, die eine anonyme Beratung und Behandlung ermöglicht. Diese Einrichtung bei der Stadtmission/Caritas am Hauptbahnhof sorgt für eine anonyme medizinische Versorgung und Kostenübernahme bei berechtigten Fällen, um Krankenhäuser zu entlasten, die sonst auf den Behandlungskosten sitzen bleiben würden. Dies wird als Vorbild für eine diskriminierungsfreie Versorgung hervorgehoben (Interview 6).

Organisationsentwicklung und Weiterbildungsbedarfe

Während strukturelle und institutionelle Diskriminierungen entsprechend ansetzende Antworten erfordern, sind Diskriminierungen auf der Einstellungsebene einzelner Personen grundsätzlich durch geeignete Aus- und Fortbildungen, durch Trainings und Schulungen, durch die Arbeit an Haltungen und Selbstverständnissen sowie Reflexion bearbeitbar. Allerdings ist nicht davon auszugehen, dass die Mehrheit des medizinischen Personals „freiwillig“ an entsprechenden Fortbildungen teilnimmt, insbesondere wenn sie entsprechend unreflektierte diskriminierende Ansichten und Deutungen vertreten. Es bedarf daher letztendlich der Unterstützung auf Leitungsebene und somit auch Maßnahmen auf institutioneller und struktureller Ebene. Entsprechende Angebote müssten also bereits in die Lehre integriert und/oder durch verpflichtende Angebote für medizinisches Personal durchgesetzt werden.

Das Feld der Fortbildung, Qualifizierung und Professionalisierung kann so auf längere Sicht sogar weitergehende strukturelle Auswirkungen entfalten. Die Haltungen und Dispositionen der Mediziner*innen von heute beeinflussen die Strukturen und Praktiken des Gesundheitswesens von morgen. Die Forderung nach einer Verankerung diskriminierungskritischen und diversitätskompetenten Wissens bereits in Ausbildungsgängen ist daher bei Berliner Expert*innen und auch bei Autor*innen wissenschaftlicher Studien verbreitet, weil diese einer stillschweigenden Reproduktion von institutionellen Diskriminierungsmustern entgegenwirken kann. Fortbildungen sollten zudem möglichst in umfassendere Organisationsentwicklungsprozesse eingebunden werden, die u.a. die Erarbeitung von diversitätsorientierten Leitbildern sowie den Aufbau oder die Verbesserung von Beratungs- und Beschwerdestellen beinhalten und Diversität im Personal, vor allem auch auf den Leitungsebenen, fördern.

5.3 BARRIEREN UND ZUGANGSSHÜRDEN

Neben Diskriminierungen im Gesundheitswesen findet Diskriminierung bereits beim Zugang zum Gesundheitswesen statt. Bestimmte Bevölkerungsgruppen in Deutschland als auch in Berlin sehen sich mit Zugangsbarrieren und -hürden konfrontiert, wenn sie das Gesundheitssystem nutzen möchten/müssen, und werden in Bezug auf Gesundheitsprävention und -versorgung benachteiligt. Neben den bereits angesprochenen Barrieren für Nicht-Versicherte sowie aufgrund ungleicher räumlicher Verteilung von Infrastruktur sind folgende Zugangsbarrieren und -hürden erkennbar, die mit der Benachteiligung bestimmter Personengruppen einhergehen:

- Sprachbarrieren
- Physikalische Barrieren
- Stigmatisierung und Stereotypisierung
- Komplexität des Gesundheitssystems
- Mangelnde Aufklärung und Wissensbestände bei Betroffenen

- Mangelnde Sensibilisierung und Wissensbestände bei medizinischen Fachkräften

Im Folgenden stehen zum einen Sprachbarrieren im Mittelpunkt, denn für migrantische Bevölkerungsgruppen bzw. für Menschen mit keinen/wenigen Deutschkenntnissen stellen Sprachbarrieren mit die höchste Zugangsbarriere in die gesundheitliche Versorgung und zu präventiven Angeboten dar. Zum anderen sind es kommunikative Barrieren, die Menschen mit Beeinträchtigungen einen niedrigschwelligen Zugang und eine gute Versorgung erschweren. Obwohl diese Barrieren ein großes Problem darstellen, zeigten die Interviews ausgeprägte Versorgungslücken an Dolmetscherdiensten für Menschen ohne ausreichende Deutschkenntnisse, an Gebärdensprachmittlung für Gehörlose sowie insgesamt an einer Kommunikation in einfacher/leichter Sprache. Aber Berlin verfügt punktuell durchaus in der Praxis über Initiativen, kommunikative Barrieren zu verringern.

5.3.1 Sprachliche und kommunikative Barrieren

Sprachbarrieren werden von allen Interviewten als zentrale Ursache für ungleiche Gesundheitschancen identifiziert und als eine wesentliche Zugangshürde für Menschen mit wenigen, schlechten oder keinen Deutschkenntnissen genannt. Sie erhalten aufgrund von Sprachbarrieren keinen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheits- und Hilfesystemen.

Neben nicht ausreichenden Deutschkenntnissen treffen auch andere Personen auf kommunikative Barrieren, wie z.B. Gehörlose oder Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung, denn oftmals werden komplexe Informationen über das Gesundheitssystem, medizinische Aufklärung und Diagnosestellungen nicht barrierefrei und niedrigschwellig weitergegeben und nicht an die Bedarfe von Nutzer*innen angepasst – ob mündlich, schriftlich oder via Internetplattformen. Auch deshalb ist die gesundheitliche Versorgung vieler Bevölkerungsgruppen nicht niedrigschwellig und (sprach-)barrierefrei.

„Die meisten Geflüchteten kennen sich in diesem Gesundheitssystem nicht aus und sprechen kein Deutsch. Für viele bleiben medizinische gesundheitsfürsorgende Kontexte verschlossen, weil sie den Zugang nicht finden, weil sie auch Hinweise auf einen potenziellen Zugang nicht verstehen können, weil es nicht in einer verständlichen Sprache formuliert ist.... Also das ist eine Kombination, die für die meisten sehr, sehr ungünstig ist, also mangels Sprachkenntnis und mangelnde Kenntnis der Organisation.“ (Interview 12)

In einem Interview wurden auch medizinischen Fachkräfte oder Studierende aus dem Ausland genannt, die von Sprachbarrieren und deshalb von Diskriminierung betroffen sein können, teilweise hören sie, *„also wir sprechen hier Deutsch und wenn du kein Deutsch kannst, dann können wir nichts mit dir anfangen“* (Interview 12). Diese*r Gesprächspartner*in betonte, dass für die Kernproblematik Sprachbarriere für Patient*innen und teils für Fachkräfte im Gesundheitswesen dringend einer Lösung gefunden werden müsste (ebd.).

Als besonders heikel wird der Versorgungsbereich Psychotherapie angesehen, da es sich „um eine kommunikationslastige Interventionsform“ handelt und sich hier das Problem der Sprachbarrieren verstärkt und den Zugang in eine Psychotherapie weiter erschwert. Hinzu kommt, dass es zu wenig niedergelassene Psychotherapeut*innen gibt und die Wartezeiten auf eine Behandlung ohnehin sehr lang sind. Gleichzeitig, so wurde in einem Interview gesagt, hätten gerade Betroffene von Diskriminierung häufig einen erhöhten Bedarf an Therapieangeboten, da sie durch die wiederholte Belastung und das Erleben von Diskriminierung einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen ausgesetzt sein können (Interview 8).

In diesem Zusammenhang kam im Rahmen der Erhebungen stets das Thema der Sprachmittlung auf, denn diese könnte helfen, Sprachbarrieren zu vermindern und eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu gewährleisten.

„Eine effektive und korrekte Kommunikation ist essenziell für die Behandlung und Patientenbeteiligung. Die fehlende Finanzierung von Sprach- und Kulturmittlung stellt ein gravierendes strukturelles Problem dar. Dies belastet sowohl die Versorgenden als auch die Betroffenen und verschärft die Ungleichheit im Gesundheitssystem.“ (Interview 12)

Jedoch wurde dem Gesundheitssystem in Berlin ein Mangel an institutionalisierter Sprachmittlung attestiert.

5.3.2 Sprachmittlung und Überwindung von Sprachbarrieren

Nach wie vor gibt es keine Gewährleistung für Dolmetscherdienste und auch Kämpfe um die Kostenübernahme z.B. selbst für Gebärdensprache. Im Gegensatz zur systematischen Umsetzung in den Krankenhäusern fehlen vor allem im ambulanten Bereich strukturierte Lösungen für Sprachmittlung. Hier wird oft auf Verwandte und Mitarbeitende mit Sprachkenntnissen zurückgegriffen. Fakt ist, dass Kinderärzt*innen und anderen Versorgenden kein Budget für Sprach- und Kulturmittlung zur Verfügung steht und diese aus eigener Tasche gezahlt werden müssten, wenn die Patient*innen selbst die Kosten dafür nicht aufbringen können.

„Diese Kostenbelastung für medizinisches Personal ist unzumutbar und verhindert den Einsatz von Sprachmittlern.“ (Interview 6)

Ein*e weitere*r Befragte*r betonte, dass es in der medizinischen Praxis in Berlin insgesamt nicht nur viel mehr Sprachmittlungen geben müsste, sondern vor allem Sprachmittlungen durch professionelle Sprachmittlungsdienstleister und Sprachmittler*innen und Dolmetscher*innen, die möglichst über Kenntnisse des Gesundheitswesens verfügen, um wichtige Sachverhalte wie Diagnosen, Aufklärung und Medikamentierung korrekt übersetzen und Fehlerquellen vermeiden zu können (Interview 8).

Ein weiteres Problem ist, dass es in Berlin mit seiner heterogenen und internationalen Bevölkerung durchaus Sprachmittler-Pools gibt, in denen bis zu 40 Sprachen vertreten sind, aber dennoch Übersetzer*innen für seltene Sprachen und Dialekte fehlen. Bemängelt wird, dass die Finanzierbarkeit von Sprach- und Kulturmittlung nicht priorisiert werde mit dem Argument, die Amtssprache sei nun einmal Deutsch, *„eine institutionelle Haltung, die Diskriminierung verstärkt.“* (Interview 8)

Durchaus gibt es Best-Practice-Beispiele, wie die Sprachproblematik abgemildert werden kann. Ein Beispiel dafür ist die Charité: Hier werden Dolmetscherdienste gebucht, die Finanzierung läuft über die Fallpauschalen (DRG-Budget), *„was zwar den Gewinn pro Fall schmälert, jedoch langfristig ökonomisch sinnvoll ist, da eine verbesserte Aufklärung und Compliance bei Patient*innen zu besseren Behandlungserfolgen und kürzeren Krankenhausaufenthalten führt“* (Interview 6). Ähnlich macht es das Familienplanungszentrum Balance, das zielgerichtet für Frauen mit vietnamesischem Hintergrund dolmetschen lässt und sie in die Grund- und Hebammenversorgung bringt und begleitet.

Es wird in einem Interview begeistert von einer Kommunikationsapp gesprochen, die nun für die Anwendung in der Berliner Charité adaptiert wird. Diese App soll der sprachlichen Verständigung zwischen Personal und Patient*innen dienen, eine schnellere Kommunikation und das Hochladen wichtiger medizinischer Unterlagen in der benötigten Muttersprache erleichtern.

Die Charité demonstriert, dass der professionelle und systematische Einsatz von Sprach- und Kulturmittlung nicht nur die Behandlungsergebnisse verbessern kann, sondern auch Diversität im Gesundheitssystem aktiv befördert. Der ambulante Bereich jedoch weist im Hinblick auf Sprachmittlung eine große Lücke auf, die es zu schließen gilt.

Ein weiteres Beispiel für ein aktives Handeln im Feld der Sprachbarrieren ist „Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.“ Hier wird versucht, Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem durch nachhaltige Strategien und Kooperationen abzubauen, mit dem Ziel, allen Menschen unabhängig von ihrer sprachlichen Kompetenz den Zugang zu Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. So wird das Thema Sprachbarrieren und Kulturalisierung auch in den vereinseigenen „Arbeitskreis Migration und Gesundheit“ eingebracht, in dem Vertreter*innen aus Wissenschaft, Praxis und

von Versorgungsleistungsträgern zusammenkommen, um sich über konkrete Fragestellungen auszutauschen und zu vernetzen. Der Fokus in dem Arbeitskreis liegt auf der Stärkung von Interkulturalität und Kultursensibilität in der Versorgung und auf dem Abbau konkreter Zugangsbarrieren zur Gesundheitsversorgung (Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. o.J.).

Bundesweite Initiativen zum Abbau der Sprachbarrieren

Die Forderung nach einer gesetzlichen Verankerung von Sprachmittlung im Gesundheitswesen ist eine der zentralen Anliegen des „Bundesweiten Bündnisses für Sprachmittlung im Gesundheitswesen“, das sich seit 2021 für die Aufnahme dieser Leistung in das Sozialgesetzbuch V (SGB V) einsetzt. Bis heute gibt es in Deutschland jedoch keine flächendeckende, verlässliche Regelung, die sicherstellt, dass nichtdeutschsprachige Patient*innen in medizinischen Einrichtungen auf professionelle Dolmetscher*innen zurückgreifen können. Dies führt zu gravierenden Missständen in der Gesundheitsversorgung, die von Fachleuten als strukturelle Diskriminierung und institutioneller Rassismus kritisiert werden.

Die Ampel-Koalition hatte in ihrem Koalitionsvertrag 2021 zwar angekündigt, Sprachmittlung in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufzunehmen, doch bislang fehlt eine konkrete Umsetzung (vgl. dazu UEPO.de 2024). Während Gebärdensprachmittlung bereits gesetzlich geregelt ist, hängt der Zugang zu Sprachmittlung für nichtdeutschsprachige Patient*innen weitgehend vom Ermessen einzelner Sachbearbeiter*innen oder der Kulanz der behandelnden Ärzt*innen ab. Dies führt dazu, dass viele Patient*innen mit Sprachbarrieren nicht nur schlechter informiert sind, sondern auch ein erhöhtes Risiko für Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen tragen.

Das „Bundesweite Bündnis für Sprachmittlung im Gesundheitswesen“ hat seine Forderungen in einem Positionspapier veröffentlicht, das von gut 130 Institutionen, Verbänden und Fachpersonen unterzeichnet wurde. Es richtet sich an politisch Verantwortliche, darunter das Bundesministerium für Gesundheit und die fachpolitischen Sprecher*innen der Regierungsparteien. Im Positionspapier werden u.a. konkrete Schritte zur Umsetzung einer gesetzlichen Verankerung von Sprachmittlung im Gesundheitswesen vorgeschlagen, um strukturellen Rassismus und Diskriminierung im Gesundheitswesen abzubauen (TransVer – Ressourcen-Netzwerk zur interkulturellen Öffnung 2022).

Betont wird immer wieder, dass es durchaus merkmalsunabhängige Angebote für Sprachmittlung und Gebärdensprachdolmetschung in der Gesundheitsversorgung gibt, aber eben der Zugang dazu nicht gleichberechtigt möglich sei, weil diese nicht barrierefrei gestaltet seien.

„Eine Informationsseite im Internet muss stets alle Beeinträchtigungsarten mitdenken und braucht die einfache oder leichte Sprache. Unabhängig davon, dass das alles sehr hohe Kosten mit sich bringt, aber man muss sich dem stellen“ (Interview 10).

5.3.3 Barrieren für Menschen mit Behinderung

Neben den eben beschriebenen kommunikativen Zugangsbarrieren kann den Erhebungen von Camino entnommen werden, dass physikalische/bauliche/strukturelle Barrieren vor allem Menschen mit Behinderung im Gesundheitssystem benachteiligen und diskriminieren. Sie finden zu häufig keinen bedarfsgerechten Zugang in die Regelversorgungen vor. Barrierefreiheit umfasst z.B. in Arztpraxen nicht nur den barrierefreien Eingang, sondern u.a. mobile Geräte oder barrierefreie Geräte zur Diagnose.

„Vor allem in der Gynäkologie und Dermatologie. Es geht nicht nur darum, Gebäude zu betreten, sondern auch um eine funktionale Barrierefreiheit, z.B. barrierefreie WCs für die Abgabe von Urinproben.“ (Interview 5)

Ein*e Expert*in betonte, dass faktisch über 70 Kriterien für Barrierefreiheit existieren, „die Schritt für Schritt erhoben werden müssten. Hier gibt es einen Bedarf der Steuerung und Impulse auf

Landesebene, um Fortschritte zu sichern“ (Interview 5). Es gebe beispielsweise zu wenig Medizinische Zentren für Erwachsene mit Behinderungen (MZEB), u.a. für Erwachsene mit komplexen schweren und geistigen Behinderungen (ebd.).

In einem weiteren Interview wurde angemahnt, dass ein barrierefreies Berliner Gesundheitswesen nicht annähernd erreicht sei. Unter anderem seien die Zuständigkeit und Verantwortlichkeit unklar, wenn es darum gehe, dass Arztpraxen barrierefrei eingerichtet sein müssten. Hier wurde auch der Bedarf gesehen, die Ausbildungen im Gesundheitswesen dahingehend zu verbessern, das Bewusstsein für die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung zu erhöhen (Interview 1). Nur wenige Einrichtungen oder Praxen haben sich wie das „Berliner Familienplanungszentrum“ adäquat für die Versorgung behinderter Frauen aufgestellt: So wurde das gesamte Zentrum barrierefrei umgestaltet (Interview 8).

Aktuell wird in Berlin, angeschoben durch Patientenvertreter*innen, über die Kostenübernahme für Taxis diskutiert, damit Menschen mit Behinderung bei ihren Mobilitätsproblemen unterstützt werden (Interview 5). Es gibt auch einen vom Land Berlin finanzierten besonderen Fahrdienst für Menschen mit Behinderungen, das „WirMobil“, das seit dem 1. Juli 2021 und noch bis 30. Juni 2026 mit 41,2 Millionen Euro finanziert wird (Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung 2024).

Menschen mit Beeinträchtigungen haben weitere Hürden zu überwinden, wenn es sich um digitale Gesundheitsleistungen dreht, so ein weiteres Auswertungsergebnis: Unter anderem wurde das Doctolib-Klinikportal in Berlin von Expert*innen als nicht barrierefrei eingestuft, insbesondere für sehbehinderte Menschen, und auch viele digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen (DiGAs/DiBAs, vgl. dazu Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte o.J.) seien nicht barrierefrei und für Menschen mit Behinderungen nur eingeschränkt nutzbar (Interview 5). Als Beispiel wurde hier eine Präventionsapps genannt, die für Menschen mit körperlichen Einschränkungen nicht barrierefrei gestaltet sei. Ebenfalls nicht barrierefrei sei die elektronische Patientenakte. Und sie ist zudem nicht datengeschützt, da es *„keine feingranularen Einstellungen zur Verschattung sensibler Diagnosen wie HIV oder psychische Erkrankungen“* gibt (Interview 5).

„Barrierefreiheit, Intersektionalität und Diversität im Bereich digitaler Gesundheits- und Versorgungsdienstleistungen und bei Hilfsmitteln nicht systematisch berücksichtigt Es gibt große Lücken in Barrierefreiheit, Datenschutz und politischer Unterstützung, die dringend adressiert werden müssen.“ (Interview 5)

Eine weitere, teils weniger sichtbare und sofort spürbare Barriere für besondere Gruppen ist eine Ungleichbehandlung bei der Terminvergabe durch Arztpraxen. Dies äußerten Befragte in einigen Gesprächen und auch in den Fachdialogen kam dieses Problem zur Sprache.

5.3.4 Benachteiligungen bei der Terminvergabe

Einige Gesprächspartner*innen verdeutlichten, dass es zu Diskriminierungen mancher Personen schon im Vorfeld einer medizinischen Behandlung, nämlich in der Phase bzw. zum Zeitpunkt der Terminvergabe, käme. Hier haben viele Menschen mit Migrationshintergrund oder Geflüchtete größere Schwierigkeiten, einen Termin zu bekommen als andere Personen, weil sie vom Personal eher abgelehnt werden. Teilweise werden auch fehlende Sprachkenntnisse als Grund für die Ablehnung genannt. So wurde es für die Gynäkologie und Pädiatrie beschrieben. In beiden Fachbereichen seien die Kapazitäten ohnehin unzureichend.

*„Wir sehen das bei den Terminen in der Gynäkologie, wir sehen es aber auch bei Terminen, vor allen Dingen bei Kinderärzt*innen, dass sie schwerer einen bekommen, weil in Berlin das Versorgungssystem nicht ausreicht. Eine muttersprachliche Kinderärztin zu finden ist noch schwieriger.“* (Interview 8)

Menschen mit HIV sind eine weitere Gruppe, die bei der Terminvergabe benachteiligt und diskriminiert werden. Es wurde beschrieben, dass sie bei Zahnarzt*innen eher am Ende der Öffnungszeiten einen Termin bekommen, weil nach wie vor viele Praxen die Annahme vertreten würden, dass nach einer Behandlung Zimmer und Instrumente besonders gereinigt werden müssten, um eine Ansteckung zu vermeiden.

Die hier exemplarisch dargestellten Zugangsbarrieren – insbesondere für Menschen ohne ausreichende Sprachkenntnisse, für Menschen ohne große Gesundheitskompetenzen, mit körperlichen und/oder geistigen Beeinträchtigungen, mit chronischen Krankheiten wie für HIV-Betroffene sowie für trans*- und queere Menschen – führen zu erhöhten Gesundheitsrisiken, je nachdem, wie Betroffene auf ihre Diskriminierungserfahrung reagieren oder welchen Einfluss Diskriminierungen auf den individuellen Behandlungsverlauf haben. Auch hinsichtlich dieser Aussage, decken sich die Befunde der Erhebung von Camino mit den Erkenntnissen in der aktuellen Literatur.

Der Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung bleibt insbesondere marginalisierten Gruppen (Wohnungslose, Menschen ohne Aufenthaltsstatus und/oder Versicherungsstatus) fast in Gänze verwehrt, ihnen wird nur eine Notfallversorgung gewährt. Sie sind in Berlin wie auch bundesweit auf NGOs angewiesen, die für sie spezielle Angebote vorhalten.

5.3.5 Zugangsbarrieren erhöhen Gesundheitsrisiken

Vielfach beschrieben Expert*innen, dass die diversen Zugangshürden in das Gesundheitssystem negative Folgen für die gesundheitliche Versorgung hätten. Ein Beispiel ist die Sprachbarriere: Eine Patientin unterschreibt eine Einverständniserklärung für eine Operation und bestätigt, dass sie ärztlich aufgeklärt wurde. Sie hat aber das Formular weder lesen noch verstehen können und auch nicht ihren behandelnden Arzt. Eine Sprachmittlung fand nicht statt.

„Also ich habe Fälle berichtet bekommen, wo eine Patientin gesagt hat, ich wurde operiert und ich weiß gar nicht woran. Ihr wurde das nicht erklärt, weil einfach diese Sprachbarriere da war. Und das ist nicht nur zum Nachteil von Patienten, sondern auch natürlich zum Nachteil von Fachkräften, weil das die Arbeit von Fachkräften massiv erschwert und sie natürlich ihrem Versorgungsauftrag auch nicht gerecht werden können.“ (Interview 8)

Andere Betroffene von Sprachbarrieren nehmen beispielsweise selten an geeigneten Präventionsmaßnahmen teil oder nehmen ihre Medikamente falsch ein, weil sie den Beipackzettel nicht richtig lesen können (Interview 8).

Übergewichtige beispielsweise gehen häufig aus Angst vor wiederholter Diskriminierung erst gar nicht zum Arzt oder zur Ärztin – auch, weil sie glauben, sie seien selbst schuld an ihren körperlichen Beschwerden. Es wird angenommen, *„dass sie sich nicht an die Regeln halten und dass sie eigentlich zu verurteilen sind. Sie schämen sich und gehen manchmal gar nicht oder zu spät in die Praxis, auch wenn sie irgendwas haben“* (Interview 9).

5.3.6 Ausblick und Bedarfe

Hinsichtlich des Themas Zugangsbarrieren und Hürden in die gesundheitliche Regelversorgung benannten die Befragten und Teilnehmenden der Fachdialoge folgende Handlungsbedarfe:

- Verbesserung der barrierefreien Kommunikation mithilfe einer im Gesundheitssystem verankerten und durchfinanzierten Sprachmittlung (auch Gebärdensprache) und Informationen in leichter und einfacher Sprache, und zwar in allen ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen sowie im Rahmen digitaler Gesundheitsleistungen.
- Bauliche Maßnahmen und gezielter Ausbau von barrierefreien Einrichtungen/Praxen zur Inklusion von Menschen mit Behinderungen bzw. einen barrierefreien Zugang für alle Menschen zu allen gesundheitlichen Versorgungsbereichen.

- Schaffung von besonderen Förderprogrammen zur Finanzierung einer barrierefreien und inklusiven Gesundheitsinfrastruktur.
- Sensibilisierung von medizinischen Fachkräften in allen Hierarchien und Monitoring der eigenen Praxis zur Terminvergabe: Ist diese barrierefrei und erfahren alle Menschen eine Gleichbehandlung?
- Schaffung von niederschweligen, anonymen Zugangsstrukturen, insbesondere für marginalisierte Gruppen (Wohnungslose, Menschen ohne Aufenthaltsstatus und/oder Versicherungsstatus).

Die Auswertungen von Camino decken sich mit den Ergebnissen und Erkenntnissen aus der aktuellen wissenschaftlichen Literatur hinsichtlich der zu überwindenden Hürden vieler Personen in Berlin und in anderen Bundesländern, um Zugang zur medizinischen Regelversorgung zu bekommen. Die Expert*innen illustrierten in vielen Beispielen im Rahmen der Interviews und der Fachdialoge auch, wie sich kommunikative, bauliche und strukturelle Barrieren auf das Gesundheitsverhalten und die Gesundheitsversorgung/Behandlung bei von Diskriminierung Betroffenen auswirken (siehe dazu Kapitel 4).

5.4 GRUPPEN- UND BEREICHSSPEZIFISCHE DISKRIMINIERUNGSERFAHRUNGEN

In diesem Kapitel wird herausgearbeitet, (1) welche Bevölkerungsgruppen bezüglich Diskriminierungserfahrungen besonders exponiert sind im Gesundheitssystem, (2) inwieweit Mehrfachdiskriminierungen eine bedeutende Rolle spielen und (3) welche spezifischen Probleme in bestimmten medizinischen Versorgungsbereichen von Expert*innen aus Berlin benannt wurden.

5.4.1 Gruppenspezifische Diskriminierungserfahrungen

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Interviews, dass eigentlich alle von Diskriminierung betroffenen Gruppen auch im Gesundheitswesen Erfahrungen mit Diskriminierung machen. Die Frage, ob es besonders exponierte Gruppen gibt, beantworten die Expert*innen mit Vorsicht, da sich Betroffenheit meist aus der Überschneidung mehrerer Kategorien und/oder besonderen Lebenslagen ergeben und es aus einer antidiskriminatorischen Haltung heraus schwierig ist, diese Erfahrungen nach Häufigkeit oder besonderer Schwere der Fälle als verstärkt „betroffen“ hervorzuheben.

„Ja, also ich glaube, es greift alles irgendwo ineinander. Ich könnte jetzt eigentlich gar nicht sagen, das ist irgendwie schwerwiegender als das andere. Ich glaube, das muss alles gleichzeitig und vor allem auch holistisch angepackt werden.“ (Interview 11)

Dennoch wurden vereinzelt und je nach Perspektive der Interviewpartner*innen auch unterschiedliche Beispiele für besonders vulnerable Gruppen benannt, für die der Zugang zur Gesundheitsversorgung maßgebend erschwert ist (Kap. 5.3), die besonders häufig Diskriminierung und Benachteiligung erleben oder die aus intersektionaler Perspektive verstärkt betroffen sind.

Bevor wir darauf eingehen, welche Gruppen/Personen auf unterschiedliche Art und Weise „besonders“ exponiert sind, sollen Betroffenheiten von Diskriminierung im Gesundheitswesen hier noch einmal nach folgenden Kriterien differenziert werden. Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass es a) eine besondere Exponiertheit gibt von Menschen, die aufgrund besonderer gesundheitlicher Bedürfnisse oder Unterstützungsbedarfe diskriminiert werden (Menschen mit Behinderungen, Alte und chronisch kranke Menschen sowie Hochgewichtige), und b) Menschen, die ideologisch begründet in Macht- und Herrschaftsverhältnissen abgewertet und anders gemacht werden, dazu zählen Betroffene von Antisemitismus, Rassismus, Sexismus, Queer- und Trans*-Feindlichkeit, Ableismus sowie Klassismus, und c) Gruppen oder Menschen in herausfordernden Lebenslagen, denen die Zugänge aufgrund von Barrieren verwehrt oder erschwert werden. Zu Letzteren gehören Nicht-Versicherte (z.B. Obdachlose, Menschen in prekärer

Selbstständigkeit, Menschen ohne Aufenthaltsstatus), Menschen in Gebieten mit gesundheitlichen Versorgungslücken, Menschen mit Sprachbarrieren sowie Alleinerziehende aufgrund von Zeit-/Betreuungsmangel.

Einig waren sich die Interviewpartner*innen, dass gerade die Verschränkung verschiedener Diskriminierungsmerkmale, herausfordernder Lebenslagen und besonderer gesundheitsbezogener Bedarfe die Vulnerabilität erhöht – zum einen aufgrund des Diskriminierungsrisikos, der fehlenden Anerkennung der Erfahrung (wenn quantitativ nicht relevant) und unklarer Zuständigkeiten oder fehlender Ansprechpersonen und Vernetzungsmöglichkeiten für Betroffene. Hinzu kommt eine eingeschränkte Handlungsmöglichkeit, wenn das Merkmal nicht im AGG anerkannt ist. Ausgehend von den in den Interviews genannten Beispielen gehen wir nun auf die Mehrfachbetroffenheit insbesondere im Zusammenspiel von Geschlecht mit Rassismus und Behinderung ein und stellen ebenso dar, wie sich Diskriminierungserfahrungen verschränken mit negativen Folgen für Betroffene.

Daran anschließend beleuchten wir die besondere Betroffenheit von Hochgewichtigen, die sich zum einen aus der Nicht-Anerkennung des Diskriminierungsmerkmals im AGG und zum anderen in einem geringen Bewusstsein für diese Diskriminierungsform in der Antidiskriminierungsberatung ergibt. Die besondere Betroffenheit von Menschen mit Sprachbarrieren oder eingeschränktem Zugang zu Leistungen haben wir bereits oben ausführlich thematisiert.

Mehrfachdiskriminierte Frauen

Die Auswertungen der Erhebung zeigen: Besonders betroffen sind Personen, die durch die Intersektion von Diskriminierungsmerkmalen benachteiligt sind.

So werden weiblich gelesene Menschen im Gesundheitswesen häufig mehrfach diskriminiert und erfahren eine Andersbehandlung im Zusammenspiel mit weiteren Diskriminierungsmerkmalen wie Herkunft/Hautfarbe, Religion und Behinderung und/oder herausfordernden Lebenslagen – u.a. Schwangerschaft und Geburt, als Alleinerziehende oder Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status. Dabei wurde von den Befragten als die häufigste Verschränkung von Diskriminierung die aufgrund von Geschlecht und Rassismus genannt (z.B. weiblich gelesene Schwarze oder Rassifizierte). Sie sind mit besonders hohen Zugangshürden konfrontiert.

„Aber meistens fehlt ihnen nicht nur der Zugang zu medizinischer Versorgung, sondern auch zu Unterstützungsstrukturen, die ihre komplexe Lebenssituation berücksichtigen. Diese Gruppen sind besonders vulnerabel, da sie durch Mehrfachdiskriminierung oft komplett aus dem Gesundheitssystem gedrängt werden.“ (Interview 12)

Diskriminierungen aufgrund von Geschlecht und Religion werden in erster Linie bei muslimischen Frauen wahrgenommen, *„weil die am ehesten zu identifizieren sind, wenn sie eben ein Kopftuch tragen. Dies betrifft medizinische Fachkräfte ebenso wie Patient*innen“* (Interview 12). In diesem Gespräch wurde jedoch darauf hingewiesen, *„dass natürlich auch ein Mann mit türkischem Migrationshintergrund Probleme hat, die aber anders gelagert sind als bei einer Frau mit türkischem Migrationshintergrund. Ich finde, das Ziel muss sein, dass unabhängig von Religion, Geschlecht und Herkunft oder anderen Charakteristika alle Menschen die gleichen Zugangsmöglichkeiten haben“* (ebd.).

Ein weiteres Feld mit hoher Problemdichte ist laut Aussagen der Expert*innen die medizinische Versorgung von Frauen mit Beeinträchtigungen. Der Zugang zu Hilfsmitteln und notwendigen Behandlungen ist oft erschwert, da bürokratische Barrieren den Prozess verlangsamen oder verhindern. Dadurch wird die gesundheitliche und soziale Benachteiligung dieser Gruppe verstärkt. Ein*e Expert*in schildert die Herausforderungen wie folgt:

„Wir haben die Zielgruppe der Frauen mit Beeinträchtigung. Auch da braucht es einerseits die Kenntnis, welche Beeinträchtigungsarten gibt es, wo gibt es besondere Hürden in der

Beantragung von Leistungen, von Instrumenten, Maßnahmen? Da sehen wir immer Schwierigkeiten, dass die Frauen eben das, was sie brauchen, um einen nahezu oder überhaupt nahezu gleichberechtigten Zugang zur Versorgung zu bekommen, ... beantragen müssen. Dann werden sie häufig abgelehnt und müssen in den Widerspruch gehen.“ (Interview 8)

Berichtet wird auch über Diskriminierungserfahrungen von Schwangeren im Bereich der Geburtshilfe, wo mangelnde Sensibilität und unzureichende Unterstützung vorherrschen.

„Es fehlt an Sprachmittlung, und Personalmangel führt zu gewaltvollen Erfahrungen im Kreißaal. Eine selbstbestimmte Geburt ist vor allem für Schwangere mit Sprachbarrieren oder unsicherem Aufenthaltsstatus erschwert.“ (Interview 8)

Diese*r Interviewpartner*in verweist auch auf Benachteiligungen in der gynäkologischen Versorgung. Insbesondere fänden die speziellen Bedürfnisse junger Frauen, von Migrantinnen und Frauen aus konservativen oder patriarchalen Strukturen nur unzureichend Berücksichtigung. Oft fehle es auch an Aufklärung über Themen wie weibliche Genitalverstümmelung (FGM), Jungfräulichkeit und Verhütung (Interview 8).

In einigen Fällen führe das Fehlen einer kultursensiblen Betreuung dazu, dass Frauen ganz auf notwendige Untersuchungen verzichten würden (Interviews 8 und 12). Dies zeige, dass eine angepasste Kommunikation und kultursensible Beratung essenziell sind, um eine diskriminierungsfreie gynäkologische Versorgung sicherzustellen.

Um eine strukturelle Versorgungslücke geht es auch im Handlungsfeld Gewalt gegen Frauen (Partnergewalt, häusliche und sexualisierte Gewalt und Vergewaltigung). Hier sind betroffene Frauen benachteiligt, da ein Mangel an Schutzräumen, Beratungsstellen und psychologischer Unterstützung dazu führt, *„dass betroffene Frauen nicht adäquat versorgt werden. Dies betrifft insbesondere Frauen mit Fluchthintergrund, die zusätzlich mit bürokratischen und sprachlichen Hürden konfrontiert sind“* (Interview 8).

Die Versorgung und die Behandlung weiblich gelesener Patientinnen im Gesundheitswesen sind durch besondere Probleme gekennzeichnet. Zum einen werden sie durch die Verschränkung von Diskriminierungsmerkmalen (Geschlecht und Herkunft, Geschlecht und Behinderung, Geschlecht, Herkunft und Religion) mehrfach diskriminiert und treffen natürlich insbesondere in der Gynäkologie und Geburtshilfe auf Zugangs- und Sprachbarrieren sowie auf eine wenig geschlechts- und kultursensible Versorgung.

Ageismus und Behinderung

Alter und Behinderung sind zwei Diskriminierungsmerkmale, die sich in den Augen vieler Expert*innen häufig verschränken und zu einer Mehrfachdiskriminierung führen. Unter anderem kam in den Interviews zur Sprache, dass Ältere mit nicht sichtbaren Behinderungen *„oft nicht ernst genommen und ihre Beschwerden bagatellisiert werden. Nach dem Motto, ‚das ist nicht so schlimm‘. Ältere Menschen werden stereotypisiert und erleben Ablehnung im Rahmen von Präventionsmaßnahmen und medizinischen Untersuchungen“* (Interview 5). Ärztliche Entscheidungen würden eher auf der Grundlage von Vorurteilen über das Alter und nicht individuell und bedarfsgerecht getroffen.

Hochgewichtige Menschen werden oft diskriminiert

Ein Diskriminierungsmerkmal, das wenig und selten neutral in der Öffentlichkeit präsent ist, ist Hochgewichtigkeit. Dabei ist die Gewichtsdiskriminierung eine weit verbreitete, aber oft übersehene Form der Diskriminierung im Gesundheitswesen. Hochgewichtige Menschen erleben in medizinischen Einrichtungen nicht nur ungleiche Behandlungen, sondern auch eine tief verwurzelte Stigmatisierung durch Ärzt*innen, Pflegepersonal und das medizinische System insgesamt.

*„Gewichtsdiskriminierung im Gesundheitswesen findet auf verschiedenen Ebenen statt – im direkten Kontakt mit Ärzt*innen und Pflegekräften, aber auch im gesamten medizinischen Diskurs.“ (Interview 14)*

Meistens werden ihre gesundheitlichen Beschwerden vorschnell mit ihrem Körpergewicht in Verbindung gebracht, was zu Fehldiagnosen führen kann. Häufig kommt es vor, dass sich Pflegepersonal vor dicken Personen ekelt, sie nicht anfassen möchte oder gar nicht behandeln will. Ihnen wird pauschal unterstellt, dass sie sich nicht an ärztliche Empfehlungen halten.

„Ich war einmal wegen Bauchschmerzen im Krankenhaus. Ich habe in meine Akte geschaut – dort stand, dass ich nur eine mittlere Compliance hätte, obwohl ich alles gemacht habe, was sie wollten. Dicken Personen wird pauschal unterstellt, dass sie sich nicht an ärztliche Empfehlungen halten.“ (Interview 14)

Diese Form der Stigmatisierung führt dazu, dass betroffene Personen seltener medizinische Hilfe in Anspruch nehmen – mit potenziell schwerwiegenden Folgen für ihre Gesundheit.

Betroffene stoßen zudem häufig auf physische Barrieren in medizinischen Einrichtungen – von zu kleinen Wartezimmerstühlen bis hin zu ungeeigneten medizinischen Geräten.

„Es gibt einfach keine angepassten Untersuchungsliegen oder stabile Stühle in Wartezimmern. Man fühlt sich von Anfang an nicht willkommen.“ (Interview 14)

Gewichtsdiskriminierung, das ergab zudem die Auswertung, überschneidet sich oft mit anderen Formen der Diskriminierung, insbesondere für Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status oder Migrationshintergrund. Diese Gruppen haben häufig einen erschwerten Zugang zu medizinischer Versorgung und sind einem höheren Risiko ausgesetzt, aufgrund von Vorurteilen nicht angemessen behandelt zu werden.

„Statistisch sind Menschen mit einem niedrigen sozialen Status oder mit Migrationshintergrund häufiger hochgewichtig. Sie erleben dann nicht nur Gewichtsdiskriminierung, sondern auch Klassismus oder Rassismus.“ (Interview 14)

Ein besonders gravierendes Problem ist in den Augen von Expert*innen, dass Gewichtsdiskriminierung nicht im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) als Schutzkategorie aufgenommen ist. Das bedeutet, dass Betroffene kaum rechtliche Möglichkeiten haben, sich gegen Diskriminierung zu wehren, und es gibt trotz der hohen Prävalenz dieser Diskriminierungsform nur wenige Anlaufstellen für Betroffene. Ein*e Expert*in beschreibt die momentane Lage als ernüchternd:

„Die wenigsten Beratungsstellen haben überhaupt eine Ahnung, dass es so etwas wie Gewichtsdiskriminierung gibt. Die Situation ist wirklich mau. ... Unsere Strategie ist, andere Menschen kompetent zu machen, damit sie sich für eine diskriminierungsfreie Versorgung einsetzen. Leider haben viele Beratungsstellen keine Ahnung, dass Gewichtsdiskriminierung ein ernstzunehmendes Problem ist.“ (Interview 14)

Um Gewichtsdiskriminierung im Gesundheitswesen zu bekämpfen, brauche es sowohl strukturelle als auch rechtliche Veränderungen.

- Schulungen für medizinisches Personal, um Vorurteile abzubauen,
- strukturelle Anpassungen (z. B. geeignete Stühle, Liegen und medizinische Geräte),
- Erweiterung des AGG, um Gewicht als Diskriminierungskategorie aufzunehmen,
- Sensibilisierung der Öffentlichkeit, um das Narrativ von „Eigenverschulden“ zu hinterfragen.

Die Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V. ist am Förderprogramm Antidiskriminierungsstelle des Bundes, „respekt*land“, beteiligt und engagiert sich bundesweit für die Weiterbildung von Anti-Diskriminierungsberatungsstellen zum Thema Gewichtsdiskriminierung. Das Vorbild hierfür kommt aus den USA: dem „Uconn Rudd Center“ (University of Connecticut o.J.).

Das Team sensibilisiert medizinische Fachkräfte und bildet sie fort, damit ein respektvoller und unterstützender Umgang mit hochgewichtigen Patient*innen gestärkt wird.

5.4.2 Besondere Fachbereiche – Besondere Herausforderungen

Die Auswertung hat gezeigt, dass sich in manchen Versorgungsbereichen Probleme verdichten und besondere Herausforderungen zeigen, auch wenn es im Rahmen der qualitativen Studie nicht möglich war, hierzu eindeutige Erkenntnisse zu generieren. Angesprochen von Expert*innen wurden die Bereiche Psychotherapie sowie Pflege und Palliativversorgung. Außerdem wurde am Beispiel der zahnmedizinischen Versorgung von HIV-positiven Menschen auf deren Stigmatisierung hingewiesen. Diese Bereiche werden – ohne den Anspruch der Vollständigkeit bezüglich aller besonders betroffenen gesundheitlichen Bereichen – im Folgenden mit Beispielen aus den Erhebungen beleuchtet.

Barrieren zur psychotherapeutischen Versorgung zu hoch

Im Falle der psychotherapeutischen Versorgung bilanzierten Expert*innen, dass es hier vor allem für marginalisierte Gruppen zu wenig bedarfsgerechte Angebote gibt.

„Die psychotherapeutische Versorgung ist besonders für Menschen mit Migrationshintergrund und niedrigem sozioökonomischen Status schwer zugänglich. Gerade für migrantisierte Menschen sind die Barrieren zur psychotherapeutischen Versorgung deutlich höher als beispielsweise in der Allgemeinmedizin.“ (Interview 3)

Grund dafür ist: Die Anzahl der verfügbaren Therapieplätze ist begrenzt, und die Wartezeiten sind sehr lang. In sozial benachteiligten Regionen gibt es zudem weniger Psychotherapeut*innen, was die Lage verschärft (Interview 10). Hinzu kommt, dass intersektionale Diskriminierung in der Psychotherapie kaum thematisiert werde und dies für Betroffene zusätzlichen Stress bedeute. Aber auch die psychotherapeutische Versorgung insbesondere von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und Doppeldiagnosen sei nicht ausreichend zugänglich (Interview 1).

Für Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte sowie deren Freund*innen und Angehörige gibt es in Berlin punktuell eine sehr professionelle Unterstützung bei TransVer: eine an die Charité angebundene Einrichtung, die kostenfrei über psychosoziale Einrichtungen in allen Sprachen informiert und Menschen bedarfsgerecht an passende Unterstützungsangebote vermittelt (TransVer – Ressourcen-Netzwerk zur interkulturellen Öffnung o.J., 2022). Ziel ist es, die bedarfsgerechte psychosoziale Versorgung von Migrant*innen und Geflüchteten zu befördern. TransVer ist so eigentlichen Hilfsmaßnahmen vorgeschaltet (WS 1).

Nicht diversitätssensibel: die Pflege- und Palliativversorgung

Ein medizinischer Bereich und zugleich eine sensible Behandlungsphase für viele Menschen mit Migrationshintergrund beginnt, wenn jemand aufgrund seiner/ihrer schweren Erkrankung in einem Hospiz versorgt werden muss. Hier wurde in einer Befragung geschildert, dass die Behandlung häufig von fehlender Sensibilität für Menschen mit Migrationshintergrund geprägt sei.

*„In der Palliativversorgung spielt neben der medizinischen Betreuung auch das psychische Wohlbefinden der Patient*innen eine zentrale Rolle. Sehr kranke Menschen, die womöglich bald sterben, müssen sich wohlfühlen. Dafür ist es essenziell, dass das Personal für die kulturellen Unterschiede sensibilisiert wird. Menschen mit Migrationshintergrund erleben jedoch oft, dass ihre kulturellen und sprachlichen Bedürfnisse nicht ausreichend berücksichtigt werden.“* (Interview 7)

In einem Interview mit Expert*innen wurden Pflegeleistungen und das Leben in Seniorenheimen für jüdische Menschen und das Problem vernachlässigter Traumata genannt, denn in Pflege-

und Senioreneinrichtungen treffen Menschen aufeinander, deren Biografie oftmals durch historische Traumata geprägt ist. Besonders betroffen seien Überlebende des Holocaust sowie deren Nachkommen.

„In einem postgenozidalen gesellschaftlichen Kontext treffen Menschen im hohen Alter oder bei Krankheit nochmals auf ihre Erfahrungen. Die Pflege muss Räume schaffen, um diesen spezifischen Bedürfnissen gerecht zu werden.“ (Interview 14)

HIV-positive Menschen in der zahnmedizinischen Versorgung

Menschen mit HIV berichten von massiver Stigmatisierung in der zahnmedizinischen Versorgung. Oft werden sie als letzte Patient*innen eines Tages behandelt oder erhalten gar keine Termine.

„In manchen Praxen wird HIV-positiven Menschen nur sehr spät am Tag ein Termin gegeben – oder sie werden direkt abgelehnt.“ (Interview 3)

Diese Praxis basiert auf falschen Annahmen über Infektionsrisiken und verstärkt bestehende Diskriminierungsstrukturen. Damit sich das ändert, beteiligt sich die Deutsche Aidshilfe – so wie auch der Verein gegen Gewichtsdiskriminierung – am Projekt „respekt*land“ der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (Kap. 5.2).

5.4.3 Ausblick und Bedarfe

Die Befunde zu Diskriminierungserfahrungen im Berliner Gesundheitswesen seitens besonders exponierter Gruppen und/oder Personen, die mehrfache Diskriminierung erleben, decken sich vielfach mit den Ergebnissen der vorgestellten wissenschaftlichen Studien und Gutachten. Es kann zudem bilanziert werden, dass Expert*innen insbesondere die Versorgungsbereiche Gynäkologie, Geburtshilfe, Zahnmedizin sowie die (Palliativ-)Pflege als für (Mehrfach-)Diskriminierung anfälligere Fachdisziplinen erwähnt haben.

Bezüglich der hier vorgestellten besonders betroffenen Gruppen und Bereiche ist es also wichtig, dass Beratungsangebote für Betroffene von Diskriminierung im Gesundheitswesen in ihrer intersektionalen Ausrichtung gestärkt werden. An mehreren Stellen im Bericht wurde auch schon auf die Forderung hingewiesen, das AGG zu reformieren und weitere Diskriminierungsmerkmale aufzunehmen. Diese Forderung soll hier unterstrichen werden.

Hinsichtlich der Problemlagen in besonders betroffenen Bereichen gilt es, ergänzend zu den bereits formulierten allgemeinen Bedarfen der Diversitätsorientierung durch Organisationsentwicklung, Fortbildungsangebote und Schaffung inklusiver Gesundheitsangebote auch die Beschwerdestrukturen in den stärker für Diskriminierung anfälligen Bereichen auszubauen oder zu verbessern – nach Möglichkeit durch oder unter Einbeziehung von Selbsthilfeinitiativen.

5.5 BESCHWERDESTRUKTUREN UND GEWÄHRLEISTUNG VON PATIENT*INNENRECHTEN

Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen sind ein wachsendes Thema, das, wie aktuelle Medienberichte und auch wissenschaftliche Publikationen zeigen, zunehmend Aufmerksamkeit auf Länder- und Bundesebene erhält. Berichte sowie Gutachten der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und anderer Institutionen, wie des Deutschen Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM), zeigen auf, dass Diskriminierung im Gesundheitswesen nach wie vor ein strukturelles Problem darstellt. Dabei gibt es bislang nur wenige systematische Ansätze, um Diskriminierungsschutz und Beschwerdemanagement flächendeckend zu implementieren. Die Teilnehmenden der Fachdialoge und auch die befragten Expert*innen haben nicht ausgiebig über das Thema Beschwerdemanagement diskutiert und es nicht in den Mittelpunkt der Interviews gerückt, da Problemlagen, Diskriminierungsformen und -merkmale sowie Benachteiligungen im Gesundheitswesen wie auch wahrgenommene Versorgungslücken und

Handlungsbedarfe für eine gestärkte Anti-Diskriminierung insgesamt intensiver fokussiert wurden. Folgender Absatz widmet sich nunmehr den Auswertungen und Ergebnissen zum Thema Beschwerdestrukturen und -management, wie sie in der Erhebung zum Ausdruck gekommen sind.

5.5.1 Status quo der Beschwerdestrukturen

Aktuelle Beschwerdesysteme im Gesundheitswesen, wie etwa an der Berliner Charité, bieten zwar Möglichkeiten für Patient*innen und auch Mitarbeitende oder Student*innen, Diskriminierungserfahrungen zu melden, doch sind diese Systeme oft nicht ausreichend. Häufig fehlt es an Sichtbarkeit, niedrigschwelligen Zugängen und technischer Optimierung für barrierefreie Beschwerdesysteme. Zum Beispiel können Beschwerden, die innerhalb der Charité anonym und digital eingereicht werden, nur nachverfolgt werden, wenn sich Betroffene ihre Beschwerde-Nummer merken. Erst so können sie überprüfen, ob ihre Beschwerde angekommen ist – ein Hindernis für eine nachhaltige und transparente Bearbeitung (Interview 11). Zudem existieren intern in der großen Einrichtung Charité unterschiedliche Beschwerdesysteme für Patient*innen, Studierende oder Mitarbeitende, aber der Austausch unter den Verantwortlichen untereinander ist unzureichend und müsste verbessert werden, so die Bilanz aus einigen Interviews. Sie attestieren den vorhandenen Beschwerdesystemen im Gesundheitswesen, „viel Luft nach oben“ (WS 1). Es gebe zwar verschiedene Formate, um Rechte der Patient*innen zu stärken, aber die meisten hätten das Thema Diskriminierung nicht im Blick.

Als Leuchtturm wurde mehrfach die Ärztekammer in Hessen genannt. Diese hat eine*n Menschenrechts-, Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragte*n, der/die Ansprechpartner*in für von Diskriminierung Betroffene ist (Landesärztekammer Hessen o.J.). Ein anderes Beispiel für die Zielgruppe medizinisches Personal ist die Ärztekammer in Hamburg.

Ein neuer Kurs mit dem Titel „Die diverse Praxis“ bietet die Ärztekammer Hamburg seit Februar 2025 erstmals Ärzt*innen und medizinischen Fachangestellten an. Sie sollen in ihrer Arbeit unterstützt werden, denn Zuwanderung und Migration wie auch der zunehmend von Diversität geprägte medizinische Arbeitsalltag bringen Missverständnisse, Stress und Konfliktsituationen. Fortbildung vermittelt Strategien für Veränderungen in der Versorgungspraxis. Der vierstündige interaktive Kurs bietet praktische Übungen, z.B. zur Kommunikation in kultursensiblen Kontexten (Ärztekammer Hamburg o.J.). Tatsächlich findet er im Rahmen des Projekts „Empowerment für Diversität – Allianz für Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung“ statt, an dem die Ärztekammer Hamburg teilnimmt. Das Projekt verfolgt das Ziel, zur Sensibilisierung und Aufklärung rund um die Themen Diversität und Rassismus im Gesundheitswesen beizutragen, und wird von der Charité – Universitätsmedizin Berlin koordiniert (Charité Berlin o.J.b). Das Projekt war in einigen Interviews immer wieder thematisiert worden.

Ein*e Interviewpartner*in betonte:

„...Also wir haben einige Möglichkeiten oder Beschwerdesysteme, wo sich unterschiedliche Zielgruppen melden können. Aber auch das ist noch nicht allumfassend. Und auch wir machen uns da Gedanken, wie wir die Betroffenen besser abholen können, wie wir besser sichtbar sein können und wie wir auch die bestehenden Systeme verändern können.“ (Interview 11)

Diskriminierung: Beschwerden bleiben herausfordernd

Aktuell bestehen zahlreiche Hindernisse, die verhindern, dass Betroffene von Diskriminierung im Gesundheitswesen Beschwerden einreichen. In relevanten Interviews von Expert*innen wurde darauf verwiesen, dass sich Betroffene größtenteils fürchten, wenn sie sich beschweren, keine*n neue*n Arzt/Ärztin zu finden oder keine angemessene Versorgung in Kliniken mehr wahrnehmen zu können. Oft übernehmen Familienangehörige die Rolle der Unterstützer*innen, da die Betroffenen selbst die Konfrontation scheuen (Interview 5).

Andere Befragte haben einen Mangel an Unabhängigkeit kritisiert und den üblichen Weg über die Ärztekammern oder kassenärztlichen Vereinigungen als problematisch empfunden. Eine Interviewpartner*in beschreibt das gar als „völlig absurd“, da diese Institutionen kaum objektiv agieren könnten:

„Die Durchsetzung von Beschwerden im Gesundheitswesen ist einfach in Deutschland noch nicht gut geregelt. Also ich meine, du beschwerst dich bei der Ärztekammer deines Bundeslandes. Das ist ja so, als würde ich mich bei meinem Arbeitgeber über meinen Arbeitgeber beim Verband der Arbeitgebenden beschweren. Es ist völlig absurd, weil das natürlich keine objektive Prüfung sein wird. Natürlich sagen die Leute, eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus.“ (Interview 5)

Einige Interviewpartner*innen betonten, dass das Gesundheitssystem sehr komplex sei und sich deshalb Beratungsstellen oft unsicher fühlen würden, wie Diskriminierungsfälle rechtlich einzuordnen seien. Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) würde in diesen Fällen häufig nicht greifen und es bliebe unklar, an welche Stellen Beschwerden zu richten seien:

„Die Beratungsstellen, die Antidiskriminierungsberatung machen oder auch Beratungen machen, viele wissen nicht so ganz genau, wie sie mit Diskriminierung im Gesundheitswesen umgehen sollen. Also kann ich das AGG anwenden? Wo schreibe ich eigentlich hin? Wer ist jetzt genau zuständig? Wen beziehe ich mit ein? Das ist einfach eine wirklich komplexe Angelegenheit, und das muss man sich irgendwie auch so ein bisschen aneignen.“ (Interview 8)

Ein Beispiel ist das Diskriminierungsmerkmal Hochgewicht, denn hier greift das AGG nicht.

„Rechtlich ist natürlich da wenig zu machen. Zwar gibt es natürlich schon Wege, sich zu beschweren, aber die meisten Leute wollen ja auch gar nicht vor Gericht gehen. Die meisten Leute wollen eine Anerkennung ihrer Diskriminierungs-erfahrungen. Sie wollen vielleicht irgendwen, an den sie weiterverwiesen können werden können, mit dem sie dann reden können über diese Erfahrungen, um das zu verarbeiten. Die Berliner Landesantidiskriminierungsstelle ist jetzt auch schon ein bisschen sensibel, was Gewichtsdiskriminierung angeht.“ (Interview 9)

Diese Fakten gelten nicht allein für Berlin: Die aktuelle Literatur zu Diskriminierung im Gesundheitswesen und zu Möglichkeiten der Beschwerden kommt ebenfalls zu dem Schluss, dass erhöhter Handlungsbedarf besteht, das Beschwerdesystem niedrigschwelliger und für alle Menschen transparent und barrierefrei zugänglich zu machen (vgl. Kap. 4, 20ff).

5.5.2 Ausblick und Bedarfe

Vorbilder für eine Umgestaltung von Beschwerdesystemen bieten verschiedene aktuelle Ansätze und Projekte. Zum Beispiel wurde die Berliner Unabhängige Beschwerdestelle (BuBS) (Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten o.J.) als ein Pilotprojekt benannt, das die Zielgruppe Geflüchtete anspricht und als unabhängige Instanz auf Landesebene fungiert. Betroffene von Diskriminierung haben hier die Möglichkeit, Beschwerden niedrigschwellig und in ihrer Muttersprache einzureichen. Dabei werden sie unterstützt durch ein Team aus Lots*innen und sozialpädagogischen Mitarbeitenden. Das Ziel ist eine transparente Bearbeitung von Diskriminierungsvorfällen, inklusive einer Rückmeldung. Der Erfolg dieses Modells zeige, dass unabhängig finanzierte und gesetzlich verankerte Strukturen eine Chance für Verbesserung darstellen (Interview 8).

Ein weiteres Beispiel ist das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE), das „ein vorbildliches Lob- und Beschwerdemanagement“ eingerichtet hat (Interview 8) (vgl. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf o.J.). Mit einem transparenten und zentral sichtbaren Beschwerdepunkt in der Klinik wird ein offener Umgang mit Beschwerden gefördert. Differenzierte Erfassungs- und

Auswertungssysteme, die Kategorien wie Gruppen von Patient*innen, Terminvergabe, Kommunikationszufriedenheit oder Vorfälle von Diskriminierung berücksichtigen, ermöglichen durch ihre Auswertung nicht nur eine gezielte Optimierung des Beschwerdesystems, sondern auch die gleichberechtigte Versorgung aller Patient*innen. Wichtig dabei ist eine *„patientenbezogene Auswertung, die niedrigschwellig mit Grafiken arbeitet und Symbolen, sodass andere Patient*innen motiviert werden, vielleicht Kritik zu äußern“* (Interview 11). Die Finanzierung läuft in Hamburg über die diagnosebezogene Fallgruppierung, die Patientenfälle mit ähnlichen Kosten zusammenfasst (G-DRG bzw. Fallpauschale) (Interview 8).

„Es geht darum, auch diese Niedrigschwelligkeit, also den Zugang zu verbessern, nicht Angst zu haben vor den Beschwerden, sondern sie wirklich als Chance zu nutzen ... das finde ich generell wichtig.“ (Interview 8)

Die Schaffung unabhängiger, transparenter und niedrigschwelliger Beschwerdestrukturen ist essenziell, um Diskriminierung im Gesundheitswesen wirksam zu adressieren. Vorreiterprojekte wie die BuBS oder das UKE, die Hessische Ärztekammer und in Teilen die Initiativen in der Berliner Charité zeigen, dass solche Beschwerdesysteme umgesetzt werden können bzw. an alle Zielgruppen angepasst werden müssten. Wichtig dabei ist, dass Beschwerdemöglichkeiten tatsächlich Diskriminierungsvorfälle inkludieren, auswerten und bearbeiten, nicht nur beispielsweise Behandlungsfehler oder Kritik an Klinikessen. Es besteht in Berlin und bundesweit weiterhin Handlungsbedarf, Diskriminierungserfahrungen systematisch zu dokumentieren und ihnen mit dem Ziel entgegenzuwirken, langfristig eine bessere Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit bei allen Personen zu erzielen und Menschen- wie auch Rechte der Patient*innen zu schützen.

Exkurs: Best Practice in der Charité

Die Charité hat für den Lehrbereich ein Beschwerdeinstrument eingeführt: das „Teaching Incident Reporting System“, wo anonym diskriminierende Situationen geschildert werden können. Alle Beschwerden werden an eine studentische Beauftragte zur Diversitätsförderung weitergeleitet, die schließlich von der Person, der diskriminierendes Verhalten vorgeworfen wird, eine Stellungnahme einfordert. Der gesamte Vorfall wird transparent – die Beteiligten bleiben aber anonym – in das Intranet gestellt und kann so verfolgt werden. Insgesamt gibt es in der Charité eine Reihe von Ansprechpartner*innen für diverse Zielgruppen: u.a. eine Gleichstellungsbeauftragte, eine Schwerbehindertenbeauftragte, eine Beauftragte für Geschlechtervielfalt, die studentische Beauftragte für Diversitätsförderung; es wurden eine AG Rassismus und ein Queer Netzwerk gegründet, *„und jede Community gestaltet ihre Anlaufstelle nach ihren Bedürfnissen“* (Interview 12). Wichtig hierbei ist, die Personen, die eingesetzt sind, können vor ihrem eigenen Erfahrungshintergrund eine gute Verweisberatung vornehmen, d.h., nicht ein Mensch ist für alle Diskriminierungsdimensionen zuständig. *„Einen Menschen, der alle Diskriminierungsmöglichkeiten in einer Person vereint, gibt es nicht“* (Interview 12).

So finden sich seit geraumer Zeit an der Charité verschiedene Fachbereiche, die sich darum bemühen, Diskriminierungen und Benachteiligungen von Patient*innen, Mitarbeitenden und Studierenden zu verhindern bzw. auszugleichen. Eine Reihe von Maßnahmen wurde so in den vergangenen Jahren entwickelt und erprobt. Unter anderem wurde das „Steering Committee Gleichstellung Diversität Inklusion in der Charité“ mit einer Koordinierungsstelle und mit Anbindung an den Vorstand aufgebaut und eingerichtet. In verschiedenen Arbeitsgruppen werden u.a. themenspezifische Maßnahmen entwickelt und umgesetzt. Ein Beispiel:

„Wir diskutieren z.B., wie könnte ein diversitätssensibles Beschwerdemanagement aussehen, alle internen Initiativen und Akteuren und auch die Vorstände. Wo stehen wir, was braucht es, gibt es Beispiele Guter Praxis? So versuchen wir, über das Jahr hinweg in verschiedenen Sitzungen, uns unterschiedlichen Themen und Bedarfen zu widmen, die Schwarmintelligenz zusammenzubringen und eben auch Maßnahmen zu entwickeln.“ (Interview 11)

Neben diesen konkreten Initiativen wird aktuell auch an dem Konzept für ein Fort- und Weiterbildungsprogramm gearbeitet. Dieses wird im nächsten Kapitel vorgestellt.

5.6 LERNEN UND VERLERNEN: DISKRIMINIERENDE WISSENSBESTÄNDE UND DIVERSITÄTSKOMPETENZ

Ein entscheidender Faktor für das Vorkommen und die fortlaufende Reproduktion von Diskriminierung im Gesundheitswesen ist die Wissens(re)produktion. Die Interviewpartner*innen betonen, dass Unwissenheit und veraltete Wissensbestände – sowohl in der medizinischen Lehre als auch in der behandelnden Praxis – eine Rolle spielen, die von hierarchischen Wissensordnungen geprägt sind und fortlaufend tradiert werden.

Mit tradiertem Wissen wird Wissen bezeichnet, das über längere Zeiträume hinweg in bestimmten Fachbereichen oder Gesellschaften weitergegeben und als „selbstverständlich“ oder „gegeben“ angesehen wird. Dieses Wissen wird häufig nicht hinterfragt, obwohl es auf veralteten oder fehlerhaften Annahmen beruhen kann. Beispiele für solches Wissen sind stereotype Annahmen über bestimmte Gruppen, historisch gewachsene Vorurteile sowie unreflektierte Annahmen von Fachkräften. Tradiertes hierarchisches Wissen kann, wenn es nicht kritisch hinterfragt wird, zu Diskriminierung führen, weil es dazu beiträgt, dass marginalisierte Gruppen systematisch benachteiligt, falsch behandelt, bevormundet oder abgewertet werden.

Es gibt verschiedene Mechanismen, durch die tradiertes Wissen Diskriminierung im Gesundheitswesen begünstigt.

5.6.1 Stereotype und Vorurteile

Diese Überzeugungen verorten bestimmte Gruppen von Menschen aufgrund ihrer Ethnie, ihres Geschlechts, ihrer sexuellen Orientierung oder anderer Merkmale in eine bestimmte Richtung:

„Wo einfach ganz krasse Vorurteile auch dann in die Behandlung, in die oder auch nicht Behandlung einfließen und da dann dazu führen, dass eben entweder Konflikte entstehen oder Menschen gar nicht erst in die weitere Behandlung kommen, weil sie sich irgendwie schlecht behandelt fühlen oder auch schlecht behandelt werden. Und das sind dann kulturelle Vorbehalte. Also, dass bestimmte Volksgruppen sich so und so verhalten und deswegen muss man da nicht näher drauf eingehen oder sich einigen“ (Interview 12).

In den Erhebungen diese Bedarfsanalyse genannte Beispiele beziehen sich auf koloniale und rassistische Wissensbestände. Koloniale Kontinuitäten und Rassismus sind tief in der Medizin verankert und manifestieren sich nicht nur in historischen Artefakten, sondern auch in der aktuellen Praxis und Forschung. Ein genanntes Beispiel ist die rassistische Vorstellung, dass Schwarze Menschen eine höhere Schmerzresistenz hätten, die lange Zeit in medizinischen Lehrbüchern verbreitet war und die Behandlung von Schwarzen Patient*innen beeinträchtigte (Interview 10) Eine Interviewpartnerin beschreibt die Präsenz dieser Kontinuitäten wie folgt:

„Und so gibt es ja eben diese kolonialen Kontinuitäten als Beispiel, also wie stark sind rassistische Strukturen auf subtile Art und Weise auch verankert in der Medizin, in der Versorgung, in der Forschung und in der Lehre?“ (Interview 11)

Diese rassistischen Denkmuster werden häufig nicht bewusst, sondern als Teil der bestehenden Strukturen weitergegeben und sind noch immer in der medizinischen Ausbildung und Praxis präsent. Die fehlende Reflexion darüber führt dazu, dass diskriminierende Denkmuster unkritisch übernommen werden, was weiterhin diskriminierende Behandlungen von marginalisierten Gruppen fördert: *„wenn weiße Ärztin der Meinung ist und vielleicht sogar sehr unbewusst der Auffassung ist, dass Schwarze Menschen mehr Schmerzen ertragen können“ (Interview 10).*

5.6.2 Falsches oder unvollständiges Wissen

Bezüglich der Bedeutung patriarchaler Strukturen in der medizinischen Wissens(re)produktion führt vor allem auch die Vernachlässigung in der Erforschung von geschlechtsspezifischen Erkrankungen oder zu Erfahrungen von Benachteiligung, Bevormundung oder Ignoranz von Beschwerden von Frauen, inter*-, nonbinäre und trans*- Personen im Gesundheitssystem (Interview 6; 8). Unzureichendes Wissen über bestimmte Gruppen in der medizinischen Behandlung kann beispielsweise zu Fehldiagnosen oder ungleichen Behandlungsergebnissen führen.

Ein schon erwähntes Beispiel ist das mangelnde Wissen über spezifische gesundheitliche Bedürfnisse von schwarzen Menschen, etwa dass bestimmte Hauterkrankungen bei ihnen anders oder schwerer zu erkennen sind (Kap 5.1.1). Auch hier zeigt sich, dass oft grundlegendes medizinisches Wissen fehlt in einem Gesundheitssystem, das sich an die Entwicklungen hin zu einer superdiversen Gesellschaft noch grundlegend anpassen muss.

Manche Behandlungsmethoden oder Diagnoseverfahren beruhen auf lang etablierten, jedoch möglicherweise wissenschaftlich überholten Praktiken. Ein häufiges Beispiel ist der Glaube, dass bestimmte Symptome bei verschiedenen kulturellen Gruppen unterschiedlich ausgedrückt werden. Dies kann zu Fehldiagnosen und falschen Behandlungen führen.

In vielen Disziplinen, einschließlich des Gesundheitswesens, gibt es bestimmte „unsichtbare“ Normen und Werte, die in der Ausbildung und Praxis übernommen werden. Diese beinhalten Vorstellungen darüber, welche Verhaltensweisen als „normal“ oder „krank“ gelten (vgl. Kap. 5.1.1). Als Beispiel wurden hier die Normen bezüglich eines „gesunden“ Körpergewichts genannt.

Zudem kann die Rolle von Autoritätspersonen im Gesundheitswesen eine Rolle spielen, etwa wenn die Meinung eines Arztes/einer Ärztin über die der Patient*innen gestellt wird, ohne ihre Perspektive ausreichend zu berücksichtigen (Kap. 5.1.3).

5.6.3 Unzureichende diversitätssensible Schulung

Neben diesen Mechanismen gibt es auch Herausforderungen im Bereich der Wissensvermittlung bezüglich interkultureller und diskriminierungssensibler Kompetenzen, die unabhängig von medizinischem Fachwissen im Behandlungskontext gebraucht werden. Die unzureichende Schulung von medizinischem Personal verstärkt Diskriminierungsrisiken.

Aber auch die Ignoranz spezifischer Bedarfe von Menschen, die von Diskriminierung betroffen sind, spielt dabei eine Rolle. Dieses vermeintliche Unwissen über spezifische Bedarfe von Betroffenen von Diskriminierung geht oftmals auch mit Abwehrhaltungen einher, Bedarfe und Erfahrungen von Betroffenen anzuerkennen. Ein*e Interviewpartner*in schildert dies in Bezug auf die Erfahrungen von Juden* und Jüdinnen* im Gesundheitssystem:

„Ich würde sagen nicht nur Diskriminierung, sondern tatsächlich Ignoranz gegenüber bestimmten Erfahrungen, auch bis hin zu dezidierten antisemitischen Vorfällen in der Therapie. Menschen brechen Therapien ab, Sie beschwerten sich. Wir haben Fälle aus der Reha, aus Traumaambulanzen, aus Krankenhäusern, insbesondere, aber auch aus privaten Praxen. Fälle von subtiler Diskriminierung und Verneinung oder Negation.“ (Interview 14)

5.6.4 Ausblick und Bedarfe

Diversitätssensible medizinische Forschung und Wissensvermittlung

Um Diskriminierungen im Gesundheitswesen zu bekämpfen, sind umfangreiche und umfassende Prozesse des Lernens und Verlernens notwendig: Auf der einen Seite sind eine kritische Auseinandersetzung und Reflexion erforderlich, die Prozesse des Verlernens einschließen, um überkommene diskriminierende Wissensbestände abzubauen. Auf der anderen Seite sind die Vermittlung von Diversitätskompetenzen und die Erweiterung medizinischen Wissens zu spezifischen und Diversität anerkennenden Bedarfen geboten. Dies kann beispielsweise durch die

Einrichtung spezifischer Forschungsbereiche vorangetrieben werden, wie z.B. durch geschlechtersensible Medizin und den Transfer der Forschungsergebnisse in die Lehre sowie über Fortbildungsangebote in die Praxis. Ein weiterer Bedarf ist der Abbau von Barrieren im Zugang zu Führungspositionen für von Diskriminierung im Gesundheitswesen betroffene Gruppen. Die Chefetagen in Forschung und Praxis sind nach wie vor männlich dominiert, auch wenn mit Blick in die Zukunft hier Veränderungen zu erwarten sind (arzt & karriere o.J.; Koppe 2024).

In Deutschland gibt es neben der geschlechtersensiblen Medizin eine wachsende Anzahl von Forschungseinrichtungen und Projekten, die sich mit Diversität im Gesundheitsbereich befassen, sei es in Bezug auf Migration, Behinderung, LSBTIQ* oder andere Merkmale. Diese Einrichtungen tragen dazu bei, die gesundheitlichen Ungleichheiten und spezifischen Bedürfnisse verschiedener Bevölkerungsgruppen besser zu verstehen und die Gesundheitsversorgung gerechter und inklusiver zu gestalten. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Diversität in der Medizin ist ein wichtiger Bestandteil der Entwicklung eines integrativen und inklusiven Gesundheitssystems, das den Bedürfnissen aller Menschen gerecht wird.

Ausgehend von der Annahme, dass auch die Vermittlung von Wissen über koloniale Kontinuitäten und Rassismus in der Medizin notwendig ist, entwickelt beispielsweise das „Steering Committee Gleichstellung, Diversität, Inklusion an der Charité“ im Rahmen des Projekts „Empowerment für Diversität – Allianz für Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung“ (Charité Berlin o.J.b) einen Fortbildungskurs für Mitarbeitende der Charité über eine Open Education Plattform, die dann sogar bundesweit genutzt werden kann. Das Diversity-Projekt findet an sieben Kliniken bundesweit statt und arbeitet mit zwei Säulen: Qualifizierung, Fort- und Weiterbildung und Organisationsentwicklung. Jede Klinik hat einem Maßnahmenpaket zugestimmt, um Diskriminierung im eigenen Haus abzubauen. Die Charité selbst entwickelt aktuell einen Zufriedenheitsbogen für Mitarbeitende zum Thema Diskriminierung (Interview 8). Ein*e Interviewpartner*in betont:

„Also da sind noch rassistische Denkmuster, die gelehrt werden, ja die jetzt vielleicht nicht bewusst und intendiert auf eine bössartige Art und Weise gelehrt werden, aber das steckt halt immer noch in sehr vielen Strukturen drin. Und dieses Wissen, das muss einfach mal reflektiert werden. Wir müssen sozusagen auch einfach gucken, wo kommen diese, diese rassistischen Denkmuster her, was hat das mit kolonialen Kontinuitäten zu tun? Wie stark ist das in der Vergangenheit der Medizin verankert und auch heute noch da? Also wir reden nicht sozusagen nur über etwas Historisches und historische Artefakte, sondern das sind Sachen, die heute noch in der Medizin inhärent sind und auch weiter multipliziert werden und leider nicht genügend Beachtung finden in der Lehre. Und das ist besonders wichtig, weil wir ja dort eben auch eine neue Generation von Ärzten und Ärztinnen schulen wollen.“ (Interview 11)

Auch in Arbeit ist ein Glossar, in dem verletzend, respektlos anmutende und/oder diskriminierende Begrifflichkeiten gesammelt werden, weil *„wir merken, dass es manchmal auch um Wording geht, welche Begriffe nutze ich im Alltag und im Umgang mit bestimmten Situationen, im Gesundheitsalltag oder mit Zielgruppen, welche wären denn diskriminierungssensibel?“ (Interview 8).*

Diversity-Kompetenzen in der Aus- und Fortbildung

Über das medizinische Fachwissen hinaus, müssen zum einen intersektionale Perspektiven in die Ausbildung integriert und interkulturelle Kompetenzen sowie Sensibilisierung gefördert werden. Das Wissen über die Überschneidung von Diskriminierungsformen wie Rassismus, Sexismus und Ableismus muss erweitert und in die Praxis integriert werden. Darüber hinaus sollte Antidiskriminierungswissen in der Ausbildung und Fortbildung von Fachkräften berücksichtigt werden, um diskriminierende Einstellungen sowie Handlungen zu erkennen und zu verändern

Beteiligung von selbstorganisierten Initiativen

Ein wichtiger Schritt beinhaltet ebenso die Einbeziehung von Betroffenen in die Entwicklung von Wissen und die Gestaltung von Ausbildungsmaterialien. Betroffene Gruppen sollten aktiv in den Wissensaufbau und die Entwicklung von Antidiskriminierungsstrategien im Gesundheitswesen einbezogen werden, etwa durch partizipative Forschung oder die Zusammenarbeit mit community-basierten Organisationen. Ein Beispiel hierfür ist das Forschungsprojekt „Neue Gesundheitsbewegung“ des feministischen Recherchenetzwerks, das in enger Zusammenarbeit mit selbstorganisierten politischen Initiativen und Einzelpersonen über ihre Bedürfnisse für ein zugängliches und gerechtes Gesundheitssystem gesprochen hat und daraus Forderungen formuliert hat, die auf einer barrierearmen Webseite veröffentlicht sind (<http://neuegesundheitsbewegung.org/>).

6 EMPFEHLUNGEN ZUR EINRICHTUNG EINER BERLINER FACHSTELLE GEGEN DISKRIMINIERUNG IM GESUNDHEITSWESEN

Die identifizierten Problemlagen und übergreifenden Handlungsbedarfe legen ein Fundament, auf dessen Grundlage Empfehlungen sowohl zum strukturellen Aufbau wie auch zur inhaltlichen Ausrichtung einer Fachstelle entwickelt wurden. Die Konzeptionalisierung der Fachstelle umfasste dabei zwei gleichermaßen relevante Aspekte: Dringliche und mögliche Aufgaben und Aktivitäten mussten zunächst einerseits identifiziert und im Blick auf die Situation in Berlin umsetzungsorientiert konkretisiert werden, sie musste zudem andererseits gewichtet und priorisiert werden.

Das Erfordernis einer strikten Priorisierung ergibt sich einerseits aus den begrenzten Ressourcen der Fachstelle. Es resultiert andererseits aus der nutzungs- und wirkungsorientierten Frage, welche Zugänge das Potential haben, Multiplikatoreffekte und Hebelwirkungen zu generieren, also mit einem bestimmten Mitteleinsatz besonders ausgeprägte Wirkungen zu erzielen. Außerdem wurden im Zuge der Priorisierung neben den Bedarfen auch die Bestände und bereits existierende Angebote berücksichtigt.

Grundsätzlich votieren die aus der Bedarfsanalyse abgeleiteten Empfehlungen vor diesem Hintergrund für eine starke Gewichtung von (1) Aufgaben im Bereich der Vernetzung und der Entwicklung von Handlungsstrategien sowie (2) Aufgaben im Bereich der Qualifizierung und Fortbildung von Gesundheitspersonal. In beiden priorisierten Bereichen wird zudem eine Hebung bereits bestehender Potenziale und eine Nutzung von Synergien angeregt: Beispielsweise sollte die diskriminierungskritische Mitwirkung in bereits bestehenden Gremien und Netzwerken des Gesundheitswesens oder die Sammlung und Vermittlung bereits bestehender Qualifizierungsangebote nicht als nachrangig gegenüber dem Aufbau eigener, neuer Angebote betrachtet werden.

Eine geringere Priorität sollte den Empfehlungen der Bedarfsanalyse zufolge insbesondere auf (1) die Schaffung eines neuen Beratungsangebotes für Diskriminierungs Betroffene sowie (2) auf die breite Adressierung der Stadtgesellschaft durch Öffentlichkeitsarbeit oder Kampagnen gelegt werden. Die merkmalsübergreifende Ausrichtung und die Komplexität des Gesundheitswesens lassen es nämlich unwahrscheinlich erscheinen, dass mit den gegebenen Mitteln einer Fachstelle ein fachlich überzeugendes Beratungsangebot bereitgestellt werden kann. Beratungsaspekte sollten eher im Sinne einer Verweisberatung oder einer Fachkräfteberatung verankert werden, ggf. eng abgestimmt mit bereits bestehenden Beratungsstellen. Öffentlichkeitswirksame Kampagnen könnten sicherlich Aufmerksamkeit für Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen schaffen, sind aber kostenintensiv und hinsichtlich ihrer Effekte schwer zu bewerten. Erster Adressat der Fachstelle sollten daher Fachöffentlichkeiten und Fachakteure sein, die zentral mit Informationen und weiterführenden Angeboten adressiert werden.

Hohes Interesse von Fachakteuren an der Stärkung des gesundheitsbezogenen Diskriminierungsschutzes in Berlin

Die Einrichtung einer Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen wurde in der Berlin Fachpraxis schon seit einigen Jahren diskutiert, auch von der Bundesebene ist das Thema zuletzt stärker bearbeitet und gefördert worden – etwa durch verschiedene Studien und Expertisen. Diese Initiativen und Vorhaben sind im Kreis der befragten Expert*innen auf großes Interesse und hohe Resonanz gestoßen. Die in die Bedarfsanalyse zu Diskriminierungen im Berliner Gesundheitswesen eingeflossenen Einschätzungen haben dabei ein breites Spektrum von Problemlagen und Bedarfen zu Tage gefördert. Die Erhebungen haben auch gezeigt, wie sich viele Akteure, Projekte und Angebote im Rahmen von Unterstützungsangeboten gegen Diskriminierung oder im Blick auf gesundheitsbezogene Angebote in Berlin an der Schnittstelle von Gesundheit und (Anti-)Diskriminierung bereits engagieren. Zugleich hat die Bereitschaft zur Mit-

wirkung unmissverständlich verdeutlicht, dass das Interesse an weiterführenden Angeboten sowie der wahrgenommene Entwicklungsbedarf in Richtung eines diversitätsorientierten und diskriminierungssensiblen Berliner Gesundheitswesens sehr erheblich sind.

Diskriminierung im Gesundheitswesen umfasst einzelne Vorfälle und institutionelle Strukturen

Die wahrgenommenen Handlungsbedarfe beschränken sich nicht auf isolierbare Diskriminierungsvorfälle. Sie verweisen vielmehr auf strukturelle und institutionelle Muster und Arrangements, die sich von der Barrierefreiheit von Einrichtungen des Gesundheitswesens bis hin zu blinden Flecken medizinischer Forschung und ärztlichen Wissens erstrecken können. Erscheinungsformen von Diskriminierung sind darüber hinaus oftmals mit allgemeinen Belastungen im Gesundheitswesen unter dem Vorzeichen von Kostendruck und Personalmangel verbunden – werden durch diese verschärft oder auch begründet und gerechtfertigt.

Die Bandbreite von Diskriminierungsformen im Gesundheitswesen ist oftmals so tief in die Strukturen des Gesundheitswesens eingelassen, dass sich geeignete Gegenmaßnahmen keineswegs von selbst ergeben. Zur Umsetzung der Vision eines diversitätsorientierten und diskriminierungssensiblen Gesundheitswesens ist vielmehr ein umfassender Prozess erforderlich, in dem verschiedene und jeweils anders ansetzende Einzelmaßnahmen gebündelt und verschränkt werden müssten. Dass ein solcher Prozess zwar vielschichtig, zugleich aber auch gangbar und umsetzbar ist, zeigen zahlreiche gute Beispiele an einzelnen medizinischen Einrichtungen in Berlin.

Das breite Aufgabengebiet legt eine Fachstelle als Plattform und Netzwerkknoten nahe, es geht um die Generierung von wirkungsvollen Multiplikator-Effekten

Grundgedanken für die Einrichtung einer Fachstelle sind insofern die Generierung von Hebel- und Multiplikator-Effekten durch gezielte Interventionen, ein Netzwerk- und Plattformcharakter der Fachstelle sowie die Orientierung auf die Intensivierung bestehender Stärken sowie die Nutzung von und Einwirkung auf bereits bestehende Infrastrukturen und Netzwerke.

Der Auftrag einer Fachstelle, Diskriminierung im Gesundheitswesen zu thematisieren und diese entgegenzuwirken, zielt damit nicht ausschließlich auf den Aufbau neuer Strukturen und zielgruppenbezogener Angebote, sondern adressiert im Sinne einer gezielten, themenspezifischen Weiterentwicklung und Professionalisierung auch bereits bestehender Strukturen und Angebote.

Die Fachstelle soll merkmalsübergreifend angelegt sein und sich auf das gesamte Gesundheitswesen in Berlin beziehen. Sie muss angesichts begrenzter Ressourcen die Umsetzbarkeit von vielschichtigen Maßnahmen im Blick haben

Dieser Umstand ist auch deshalb zu unterstreichen, weil die vorliegende Bedarfsanalyse ihren Fluchtpunkt an der Einrichtung einer Fachstelle hat, deren Umfang sich derzeit mit einer Laufzeit von zunächst maximal zwei Jahren und einem maximalen jährlichen Budget von 150.000 Euro relativ klar konturieren lässt. Die Tatsache, dass Komplexität und Umfang des Gesundheitswesens in Berlin mit deutlich über 250.000 Beschäftigten eine große Herausforderung darstellen, legt einen klaren Aufgabenzuschnitt einer Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen und eine deutliche Priorisierung der Aufgaben nahe, um wirksam und bedarfsgerecht in das Feld zu intervenieren.

Das gilt umso mehr, als sie merkmalsübergreifend und intersektional angelegt sein soll, damit potenziell ein breites Spektrum von Zielgruppen erreicht werden kann. Zudem steht das gesamte Berliner Gesundheitswesen gleichermaßen im Blick der einzurichtenden Fachstelle: Stationäre und ambulante Versorgung zählen ebenso zum Gegenstandsbereich wie unterschiedliche medizinische Fachgebiete – einschließlich der psychologischen und psychotherapeutischen Versorgung. Neben „verkammerten“ Berufsfeldern in Medizin und Psychotherapie gehö-

ren auch „unverkammerte“ Berufssparten wie Physiotherapie und Geburtshilfe sowie gesundheitsbezogene soziale Dienste (Beratungsstellen, Gesundheitsförderung etc.) in den Aufgabenbereich.

Bedarfsanalyse identifiziert zentrale Aufgabenfelder und gibt Hinweise zu möglicher Auswahl und Priorisierung

Um die Aufgabenbereiche klarer zu fassen und mögliche Schwerpunktsetzungen begründen zu können, wurde im Rahmen der Bedarfsanalyse mit einer Typologie verschiedener inhaltlicher Aufgabenfelder gearbeitet. Sie beansprucht keine besondere Originalität, hat sich aber im Zuge verschiedener Erhebungsrunden als belastbar und hilfreich erwiesen:

- Information und Aufklärung
- Netzwerkarbeit und Aktivierung
- Qualifizierung und Professionalisierung
- Beratung und Unterstützung
- Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung der Stadtgesellschaft
- Konzeptions- und Strategieentwicklung

Während zu Beginn der Bedarfsanalyse eine Gewichtung dieser Aufgabenfelder angesichts der vielfältigen Bedarfswahrnehmungen und Vorschläge kaum denkbar erschien, haben sich im Verlauf wiederholter Dialogrunden zunehmend Hinweise zu ihrer Priorisierung ergeben: Neben der konzeptionellen Arbeit sowie dem Netzwerkaufbau und der Mitwirkung in bestehenden Gremien wurden insbesondere geeignete Formen der Stärkung von diskriminierungssensibler Professionalität und Kompetenz im Gesundheits- und Beratungsbereich als besonders vordringlich bewertet.

Für den Entwurf einer Architektur einer Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen, die abschließend skizziert wird, sollten außerdem neben fachlich-inhaltlichen Hinweisen auch eher strukturelle und organisationsbezogene Aspekte berücksichtigt werden (Trägerkompetenzen, Zugang zu und Standing im Handlungsfeld etc.).

6.1 INFORMATION UND AUFKLÄRUNG

Die Sichtbarmachung von Problemlagen und Handlungsbedarfen ist gerade zu Beginn der Tätigkeit der Fachstelle von Bedeutung, damit sie ihre Ziele fachlich und empirisch fundiert begründen kann

In den Fachdialogen wurde die Notwendigkeit betont, Problemlagen nachdrücklich zu thematisieren und sichtbar zu machen, um die Dringlichkeit des Themas zu verdeutlichen und die Arbeit der Fachstelle zu legitimieren. Dies wird auch vor dem Hintergrund hervorgehoben, dass Rahmenbedingungen und Sparzwänge in Berlin befürchten lassen, dass Antidiskriminierung in den nächsten Jahren weniger Rückhalt und Ressourcen haben wird. Agenda-Setting und die Fokussierung von Aufmerksamkeit haben daher einen Eigenwert. Zugleich zählt ungeachtet dieser klaren Erfordernisse und Bedarfe – das soll betont werden – der Bereich von Information und Aufklärungsarbeit im ersten Angang der Bedarfsanalyse nicht zu den Prioritäten der Fachstelle; die folgenden Überlegungen stehen insofern unter einem gewissen Machbarkeitsvorbehalt.

Die Fachstelle sollte Daten zu Problemlagen, z.B. von Beschwerde- und Beratungsstellen, zusammentragen, da es aktuell kein Monitoring und keine umfassende Studie zu Diskriminierung im Berliner Gesundheitswesen gibt. Dies wurde von vielen Expert*innen betont.

Die Durchführung eines professionellen systematischen Monitorings durch die Fachstelle scheint im Hinblick auf die der Fachstelle zur Verfügung stehenden Ressourcen jedoch zu umfangreich. Um Problemlagen zu erfassen und sichtbar zu machen, kann die Fachstelle daher

auf einzelne Studien und Bedarfserhebungen sowie die Berichte und Dokumentationen der angrenzenden Beratungs- und Beschwerdestellen zurückgreifen und so vorhandene Daten und Informationen über Problemlagen zusammentragen. Teilweise sollte sie zur Erfassung der Problemlagen in Berlin auch durch ergänzende Gespräche und Austauschrunden weiteres Wissen über spezifische Problemlagen oder Diskriminierungsmerkmale erheben. Die Fachstelle kann zur Sichtbarmachung der Problemlagen z.B. kurze Reports mit Daten und Zahlen zu spezifischen Problemlagen und Bereichen des Gesundheitswesens oder bestimmten Diskriminierungsmerkmalen verfassen.

Die Zusammenarbeit mit Forschungseinrichtungen kann dabei unterstützen, Problemlagen und Bedarfe zu erheben

Eine andere Möglichkeit wäre, dass die Fachstelle gemeinsam mit der LADS (oder einer anderen Institution) ein Monitoring oder eine Studie anstößt, die mit weiteren Ressourcen, z.B. auch in Kooperation mit Universitäten oder Forschungseinrichtungen, durchgeführt wird. Teilnehmende der Fachdialoge haben ebenso die Zusammenarbeit mit Studierenden, z.B. aus den Public-Health-Studiengängen, vorgeschlagen, die in Abstimmung mit der Fachstelle Forschungsarbeiten durchführen können, die zur Erhebung von Problemlagen beitragen.

Als Beispiele für Studien, die auch diskriminierungskritische Ansätze in der Forschung berücksichtigen, wurden z.B. der Afrozensus (Aikins et al. 2021) und der Nationale Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa) (Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) 2023) genannt.

Die Sichtbarmachung von Problemlagen ist notwendig, um die Arbeit der Fachstelle zu legitimieren, ihren Forderungen Nachdruck zu verleihen und Akteure aus dem Gesundheitswesen zur Zusammenarbeit zu überzeugen

Allgemein sollte die Fachstelle auf die besonderen Vulnerabilitäten von Betroffenen im Gesundheitswesen aufmerksam machen und die Merkmale von Diskriminierung im Handlungsfeld Gesundheit deutlich herausarbeiten, damit klar wird, warum eine Fachstelle mit der Ausrichtung auf Diskriminierung in einem bestimmten Handlungsfeld¹ – dem Gesundheitswesen – erforderlich ist.

Auch wenn das Thema Diskriminierung im Gesundheitswesen aktuell durch Veranstaltungen, Publikationen und Initiativen auf der Bundesebene und in einzelnen Bundesländern im öffentlichen Diskurs präsenter wird, ist das Gesundheitswesen in der Berliner Antidiskriminierungslandschaft noch nicht so präsent wie z.B. die Bereiche Wohnen, Arbeiten oder Schule. Umgekehrt fehlt es vor allem auch im Berliner Gesundheitswesen teils noch an einem Bewusstsein für Diskriminierung. Dieses Bewusstsein ist jedoch eine Voraussetzung für die Bereitschaft von Akteuren aus dem Gesundheitswesen, sich auf Ebene der Professionalisierung auf die Bekämpfung von Diskriminierung einzulassen. Hierfür sind aber, so haben Teilnehmende der Fachdialoge betont, möglichst aussagekräftige Daten erforderlich.

Die Sichtbarmachung von Ressourcen und Best-Practice-Beispielen unterstützt die Vernetzung und darüber auch Betroffene

Die Fachstelle sollte insbesondere bereits vorhandene Ressourcen und Best-Practice-Beispiele zur Bekämpfung von Diskriminierung im Gesundheitswesen mappen und sichtbar machen. Dies kann zum einen dabei unterstützen, die Vernetzung zwischen den Bereichen des Gesundheitswesens und der Antidiskriminierung zu erleichtern, und zum anderen dahingehend helfen, über weitere Strategien der Öffentlichkeitsarbeit in Zusammenarbeit mit Selbstvertretungen auch Betroffene zu erreichen. Betroffene können so über Beschwerde- und Beratungsstrukturen sowie diskriminierungssensible Gesundheitsangebote informiert werden. Durch die Sichtbarmachung

¹ Bereichsorientierte Fachstellen gibt es in Berlin bereits für den Wohnungsmarkt (<https://fairmieten-fairwohnen.de/>), Arbeitsmarkt ([Fachstelle Arbeitsmarkt und Antidiskriminierung \(FAMAD\) – TBB-Berlin](#)) und eine Anlaufstelle für den Bereich Schule ([ADAS Anlaufstelle für Diskriminierungsschutz an Schulen in Berlin](#)).

von bereits erzielten Veränderungen/Verbesserungen kann ebenfalls das Vertrauen in den Gesundheitsbereich (wieder-)gewonnen werden. Zur Bündelung und Sichtbarmachung von Informationen wurde die Idee einer Online-Mediathek auf der Webseite der Fachstelle vorgeschlagen. Berücksichtigt werden muss allerdings, dass die Errichtung und Pflege einer Online-Mediathek sowie der Öffentlichkeitsarbeit zur Verbreitung des Angebots sehr zeitintensiv sind.

6.2 NETZWERKARBEIT UND AKTIVIERUNG

Mit dem Fokus auf den Arbeitsbereich Vernetzung und Aktivierung soll die Fachstelle eine Hebel- und Scharnierfunktion wahrnehmen

Der Aufgabenbereich Netzwerkarbeit und Aktivierung wurde in den Fachdialogen als sehr wichtig erachtet. Die Fachstelle soll als eine Art Knotenpunkt zwischen den Bereichen Gesundheitswesen und Antidiskriminierung mit Hebel- und Scharnierfunktion fungieren. Durch eine Bündelung von Kompetenzen und Ressourcen sollen Veränderungen auf struktureller Ebene ermöglicht werden. Beispiele hierfür sind z.B.:

- gemeinsam erarbeitete Strategien zur Verankerung von Qualifizierungsangeboten und die Erarbeitung von Qualitätsstandards eines „diskriminierungssensiblen diversitätsorientierten Gesundheitswesens“,
- gemeinsam erarbeitete Vorschläge für Gesetzesänderungen oder zur Kontrolle der Einhaltung bestehender Gesetze,
- gemeinsam erarbeitete Ansätze zur Ausübung von Sanktionen bei Diskriminierungsvorfällen oder bei Nicht-Durchführung von Maßnahmen, z.B. zum Abbau physischer und sprachlicher Zugangsbarrieren.

Durch Zusammenwirken von Akteuren aus den Bereichen Gesundheit und Antidiskriminierung soll die Wirkmächtigkeit generiert werden, um nachhaltige und umfassende Veränderungen anstoßen zu können

Relevant sind auf der einen Seite Vernetzungen der Fachstelle mit Selbstvertretungen von Betroffenen und allgemein Akteuren aus dem Antidiskriminierungsbereich und auf der anderen Seite mit Akteuren aus dem Gesundheitsbereich, die einen Einfluss auf strukturelle Gegebenheiten nehmen können (Universitäten, Kammern, Krankenhausgesellschaft und Kliniken etc.). Insofern das Gesundheitswesen als komplexes und hierarchisch strukturiertes Feld wahrgenommen wird, brauche es für die Fachstelle einen Träger, der dieses System kennt und sich darin behaupten kann. Die Fachstelle muss wichtige Player und Stellschrauben im Gesundheitswesen identifizieren. Durch eine Verankerung in und/oder die Vernetzung mit Selbstvertretungen von Betroffenen und Akteuren aus dem Bereich Antidiskriminierung kann die Fachstelle dem antidiskriminatorischen Ansatz des „Redens mit“ anstelle des „Redens über“ gerecht werden und so auch in ihrer Haltung und Parteilichkeit mit Betroffenen gestärkt werden.

Im Arbeitsbereich Vernetzung und Aktivierung kann sich die Fachstelle gezielt dem Abbau struktureller Diskriminierung im Gesundheitswesen widmen

Neben der Zusammenarbeit mit Verbündeten aus den Bereichen Gesundheit und Antidiskriminierung geht es aber gerade ebenso darum, Ansatzpunkte zu entwickeln, um Erscheinungsformen struktureller Diskriminierung zu adressieren – und insofern auch deren jeweilige Schauplätze. Vor allem hierfür sind sehr gute Kenntnisse des Gesundheitswesens notwendig sowie auf der Ebene persönlicher Kompetenzen Durchsetzungsvermögen, Verhandlungsgeschick und eine starke diskriminierungskritische Haltung. Die Fachstelle kann so einen Ansatzpunkt bieten, um Vorbehalten aus der Zivilgesellschaft, dass der Abbau struktureller Diskriminierung derzeit noch nicht genug vorangetrieben und die bereits eingebachte Expertise nicht hinreichend genutzt wird (Migrationsrat Berlin 2024), Rechnung zu tragen.

Vernetzungsarbeit ermöglicht Ressourcenbündelung und Austausch sowie eine intersektionale Ausrichtung der Fachstelle und politische Einflussnahme durch Gremien- und Lobbyarbeit

Konkret sollte die Fachstelle dem Arbeitsbereich Vernetzung einen wichtigen Stellenwert einräumen, um

- vorhandene Ressourcen (Personen und Organisationen) zum Abbau von Diskriminierung im Gesundheitswesen zusammenzubringen und Angebote sichtbar zu machen,
- zwischen den Bereichen Gesundheit und Antidiskriminierung zu vermitteln, z.B. in Bezug auf Qualifizierungsangebote und zur bestmöglichen Unterstützung Betroffener durch gezielte Vermittlung an passende Beschwerde- und Beratungsangebote,
- Austausch, Voneinander-Lernen und Kooperationen zu ermöglichen und Synergieeffekte zu befördern,
- dem Anspruch einer merkmalsübergreifenden und intersektionalen Ausrichtung gerecht zu werden und Zugänge sowohl zu Betroffenen als auch zu entscheidenden Player*innen des Gesundheitswesens zu ermöglichen, z.B. durch den Aufbau eines Beirats,
- in Gremien mitzuwirken und Begleitstrukturen und -gremien aufzubauen, die fachlich kompetent auch Debatten und Prozesse in Politik und Verwaltung beraten und begleiten können, und damit strukturelle Mechanismen der Ungleichbehandlung und Diskriminierung in den Blick zu rücken.

Die Fachstelle soll sich in vorhandene Gremien einbringen und an der Berliner Landesgesundheitskonferenz teilnehmen

Sowohl die merkmalsübergreifende Ausrichtung der Fachstelle als auch die besondere Schwere und Vielzahl von Problemlagen im Gesundheitswesen bringen eine allein von der Fachstelle nicht zu bewältigende Menge an Anforderungen und Bedarfen mit sich. Die Fachstelle sollte sich im Rahmen ihrer Vernetzungsarbeit daher zum einen in bereits bestehende Netzwerke und Gremien einbringen, z.B. mit Antidiskriminierungsbeauftragten und Beratungsstellen zusammenarbeiten, an Gesundheitsforen und Netzwerktreffen mit verschiedenen Schwerpunkten teilnehmen. So gibt es z.B. das Steering Committee Gleichstellung, Diversität, Inklusion an der Charité (Charité Berlin o.J.a), den jährlich stattfindenden Kongress Armut und Gesundheit (Kongress Armut und Gesundheit o.J.), das öffentliche Forum des feministischen Netzwerks für Gesundheit Berlin (Feministische Netzwerk für Gesundheit Berlin o.J.) sowie den Runden Tisch Berlin Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt (RTB o.J.), um nur einige Netzwerke und Gremien zu nennen. Besonders hervorgehoben wurde in den Fachdialogen die Teilnahme der Fachstelle an der Berliner Landesgesundheitskonferenz (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege o.J., vgl.).

Die Fachstelle soll neue Gremien und Strukturen der Zusammenarbeit initiieren und koordinieren sowie einen Beirat aufbauen

Zum anderen ist es aber auch notwendig, dass die Fachstelle Vernetzung und Gremienarbeit initiiert und neue Strukturen schafft. Dabei ist es sehr wichtig, dass die Vernetzung zielgerichtet verläuft und durch bestimmte Formate von der Fachstelle gesteuert wird.

Der Aufbau eines Beirats wurde in allen Fachdialogen unterstützt und begrüßt. Ein Beirat kann die Fachstelle mit Expertise und weiteren Kontakten unterstützen, insbesondere zu von Diskriminierung betroffenen Communitys und in verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens. Mit einem gut aufgestellten Beirat kann zudem die Strahlkraft der Fachstelle erhöht und mehr Öffentlichkeit erreicht werden. Durch die Zusammenarbeit der Beiratsmitglieder können außerdem unterschiedliche und sich ergänzende Perspektiven, Positionen und Expertisen zur Bekämpfung von Diskriminierung im Gesundheitswesen zusammengeführt werden. Geeint werden

sollten die unterschiedlichen Mitglieder durch ihre Parteilichkeit und Unabhängigkeit, gleichzeitig kann ein Beirat in geeigneten Rollen auch Mitglieder aus Politik und Verwaltung aufnehmen.²

Der Beirat sollte möglichst früh initiiert werden, um der Fachstelle umgehend bei der inhaltlichen und strategischen Ausrichtung zu helfen und die Arbeit der Fachstelle bedarfsgerecht und beteiligungsorientiert weiterzuentwickeln. Er kann die Fachstelle auch bei konkreten Themensetzungen, Forderungen oder z.B. bei der Erstellung von Leitlinien für ein diversitätsorientiertes diskriminierungssensibles Gesundheitswesen unterstützen.

Die systematische Einbeziehung von Betroffenen und die inklusive Gestaltung des Beirats sollten gewährleistet sein

Der Aufbau eines Beirats mit Strahl- und Durchsetzungskraft erfordert auch von der Fachstelle spezifische Kompetenzen. Sie muss in der Lage sein, geeignete Mitglieder unter Berücksichtigung einer diskriminierungskritischen Perspektive und mit Kenntnissen der Strukturen des Gesundheitswesens sowie gesundheitsbezogener Diskriminierung auszuwählen. Durch die Zusammensetzung der Mitglieder sollte der Beirat u.a. einerseits die verschiedenen Berliner Communitys repräsentieren, mit Betroffenen von Diskriminierung arbeiten und intersektionale Perspektiven einbringen. Andererseits sollte er so besetzt sein, dass auch Schlüsselsektoren des Gesundheitswesens in geeigneter Form erschlossen und abgebildet werden. Eine Fokussierung auf Mitglieder, die verschiedene von Diskriminierung betroffene Communitys repräsentieren, würde ihm dabei stärker den Charakter eines „Betroffenenbeirats“ oder „Unterstützerbeirats“ verleihen. Das ist ein denkbare Szenario, das auch im Rahmen der Bedarfsanalyse gelegentlich angesprochen wurde.³ Daneben sind für einen umfassenden, wirkungsvollen Beirat weitere Kriterien relevant, wobei die Unterscheidbarkeit zu einem Runden Tisch, der unten vorgestellt wird, gewahrt bleiben sollte.

Das Erreichen von handlungsbefugten Repräsentant*innen von zentralen Einrichtungen und Organisationen des Gesundheitsbereichs (Kammern, Klinikunternehmen etc.) ist ein relevantes Auswahlkriterium für Begleitgremien der Fachstelle

Zum einen handelt es sich dabei um die Zugehörigkeit zu versorgungsrelevanten Verbänden, Einrichtungen und Organisationen – und zwar insbesondere eine Zugehörigkeit, die sich mit Entscheidungs- und Organisationsmacht verbindet. Hier ist also die entsprechende Leitungsebene oder ihre Vertretung besonders angesprochen (Vertretende der Berufsverbände, Entscheider*innen aus Gesundheitsunternehmen/Kliniken, gesundheitspolitische Sprecher*innen aus Abgeordnetenhausfraktionen/Parteien etc.). Angesichts der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens kann es eine Schlüsselgröße sein, die über Erfolg und Misserfolg der Fachstelle entscheidet, inwieweit über einen Beirat an dieser Stelle Brücken und Bündnisse aufgebaut werden können.⁴ Zum anderen sind ebenso die Repräsentation und Abdeckung zentraler Sparten und Bereiche des Gesundheitswesens ein mögliches Kriterium für die Besetzung eines Beirats, etwa in Form der Ansprache sowohl der Ärzte-, der Psychotherapeuten- wie der Zahnärztekammer, aber auch die Berücksichtigung weiterer strukturell relevanter Aspekte (große Krankenhausunternehmen, Träger sozialer Dienste im Gesundheitswesen etc.).

Die Fachstelle muss insbesondere im Blick auf die Dimension eines Betroffenenbeirats eine Arbeitsstruktur und Praxis entwickeln, die die Ressourcen der Beiratsmitglieder nicht überstrapazieren und dennoch Produktivität ermöglichen. Es sollte vor allem darauf geachtet werden, dass relevanten Organisationen bei fehlenden finanziellen Eigenressourcen durch geeignete Vorkehrungen die Ausübung der Beiratstätigkeit erleichtert wird (durch Ehrenamtspauschalen

² Der Beirat der Berliner Fachstelle gegen Diskriminierung auf dem Wohnungsmarkt ist hierfür ein Beispiel: [Fachbeirat – Fair mieten – Fair wohnen](#).

³ Als innovatives und erfolgreiches Beispiel wurde z.B. der Bremer Betroffenenbeirat Istanbul-Konvention (B*BIK) genannt vgl. Bremen sagt Nein o.J.).

⁴ Zur Veranschaulichung sei auf die Einbindung der Wohnungswirtschaft in den Beirat der Fachstelle Fair mieten – Fair wohnen verwiesen (<https://fairmieten-fairwohnen.de/fachbeirat/>).

oder Honorare). Ebenso sollte die Fachstelle bei der Koordination des Beirats in der Lage sein, die Gremienarbeit so inklusiv wie möglich zu gestalten, sowohl im Hinblick auf physische Barrieren als auch auf die Arbeitskultur.

Diese Aspekte relativieren sich etwas, wo neben Betroffenenvertretungen verstärkt auch Organisationen und Verbände angesprochen werden, die Funktionsrollen für derartige Aufgaben ausdifferenziert haben. An der Schnittstelle in den organisierten Gesundheitsbereich geht es um klar definierte Aufgaben, Ziele und Prozesse des Beirats. Neben einer ausgeprägten Diskriminierungssensibilität benötigt die Fachstelle insofern Erfahrungen im Management komplexer Stakeholder*innen-Prozesse, auch mit hochorganisierten, großen und einflussreichen Stakeholder*innen.

Neben einem eng an die Fachstelle angebundenen Beirat wird auch ein erweitertes, sektorübergreifend besetztes Gremium mit Akteuren aus den Bereichen Gesundheit, Antidiskriminierung, Verwaltung und Politik in Betracht gezogen

Im Hinblick auf die zeitlich befristete Förderung der Fachstelle wurde die Idee eines erweiterten Gremiums entwickelt, das über den Beirat der Fachstelle hinausgeht. Ein erweitertes Gremium könnte in Form eines Runden Tisches organisiert werden, den die Fachstelle mit Unterstützung durch die LADS und die Senatsverwaltung aufbauen und koordinieren könnte. Dabei wäre eine Einbindung von Akteuren wichtig, die direkt in relevante Organisationen im Gesundheitsbereich hineinwirken und damit auch strukturelle Aspekte des Gesundheitswesens in den Fokus rücken können.

Um im Rahmen eines Runden Tisches greifbare Ergebnisse generieren zu können, sind gut definierte Vorhaben zielführend, z.B. die Entwicklung von Leitlinien für ein diversitätsorientiertes und diskriminierungssensibles Gesundheitswesen

An einem Runden Tisch zur Bekämpfung von Diskriminierung im Gesundheitswesen sollten Vertreter*innen aus Politik, Verwaltung, aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens sowie Vertreter*innen aus dem Bereich Antidiskriminierung und aus Vereinen und Verbänden, die gesundheitsfördernde Aufgaben in Berlin übernehmen, zusammenkommen. Um über den Austausch und Diskussionen hinauszugehen, ist es zielführend, dass die Fachstelle mit Unterstützung des Beirats z.B. konkrete Themensetzungen für den Runden Tisch vorschlägt, die in einem bestimmten Zeitraum mit einem konkreten Ergebnis als Ziel erarbeitet werden sollen.⁵ In den ersten beiden Jahren könnte hier auch die Erarbeitung allgemeiner Leitlinien zur Bekämpfung von Diskriminierung im Gesundheitswesen auf dem Programm stehen, die z.B. von der Fachstelle gemeinsam mit dem Beirat vorbereitet werden.

Während sich die Mitglieder des Beirats in erheblichem Maß aus bereits aktiven und die Anliegen der Fachstelle mit fachlicher Kompetenz unterstützenden Akteuren zusammensetzen sollten, sollten an den Runden Tisch in besonderem Maß auch Personen und Einrichtungen aus dem Gesundheitswesen, der Verwaltung und Politik geholt werden, die Zugänge in Einrichtungen, Verbänden und Organisationen des Gesundheitswesens eröffnen können, ohne schon zwingend über umfassende Vorerfahrungen in der Antidiskriminierungsarbeit zu verfügen. In den Fachdialogen gab es hier eher zögerliche, aber auch unterschiedliche Einschätzungen zur erwarteten Bereitschaft der entscheidenden Akteure aus dem Gesundheitsbereich. Betont wurde, dass die Fachstelle gute Kontakte und systemische Zugänge benötigt – ggf. auch Unterstützung von Senatsverwaltung und LADS –, um wirkungsvoll zu Beteiligung und Mitwirkung anzuregen und zu motivieren.

⁵ Als Beispiele für erfolgreiche Runde Tische in angrenzenden Themenfeldern wurden z.B. der Runde Tisch „Stopp FGM_C in Berlin Brandenburg“ (Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C o.J.) sowie der Runde Tisch „Sexarbeit 2018-2019“ genannt.

Festzuhalten ist, dass Vernetzungsarbeit ein zu priorisierendes Aufgabenfeld der Fachstelle werden sollte. Sie ist zum einen für die Potenzialentfaltung anderer Aufgabenbereiche (Qualifizierung, Beratung, Öffentlichkeitsarbeit) notwendig und zum anderen ist die Fachstelle mit Blick auf die Breite und Komplexität von Bedarfen auf multiperspektivische Expertise, interdisziplinäre Kooperationen und gebündelte Kräfte angewiesen, um die angestrebte Scharnier- und Hebelfunktion ausüben zu können. Die enge Zusammenarbeit mit einem qualifizierten und unabhängigen Beirat auf der einen Seite und die Arbeit in erweiterten Gremien (Runder Tisch) auf der anderen Seite bieten sich hierfür als Optionen an.

6.3 QUALIFIZIERUNG UND PROFESSIONALISIERUNG

Diskriminierung kann in Strukturen des Gesundheitssystems ebenso verankert sein wie in individuellen Haltungen und persönlichen Einstellungen

Diskriminierung im Gesundheitswesen kann sich aus strukturellen und institutionellen Mustern sowie Abläufen ergeben: Kostenübernahmen und Rechtsansprüche auf Behandlungen sind nicht gegeben, relevantes diagnostisches Wissen ist nicht Teil der Ausbildung, Arbeitsroutinen und Abläufe sind nicht auf die Bedürfnisse bestimmter Gruppen eingestellt – um nur einige Beispiele zu nennen. Solche institutionellen Muster können erhebliche Wirkungen entfalten, ohne dass die Personen, die sie umsetzen, selbst individuelle Vorurteile oder Abneigungen pflegen. Von solchen sich gleichsam anonym reproduzierenden Diskriminierungsmustern sind Vorkommnisse zu unterscheiden, die ihre Ursache in individuellen und persönlichen Haltungen und Einstellungen haben. Dabei kann es sich um abwertende Vorurteile handeln – bspw. um rassistische Einstellungen –, aber auch einfach um Lücken in den für eine gute Versorgung erforderlichen Sets professioneller Fähigkeiten, beispielsweise hinsichtlich der richtigen Diagnose von Hauterkrankungen oder der respektvollen Pflege von Angehörigen bestimmter Religionen.

Aus- und Fortbildungen sind ein relevanter Hebel, um in erster Linie individuelle Haltungen und Einstellungen zu verändern, in längerer Sicht können sie aber auch zur Öffnung und Veränderung diskriminierender Strukturen beitragen

Während strukturelle und institutionelle Diskriminierungen auch entsprechend ansetzende Antworten erfordern, sind interpersonale Diskriminierungen grundsätzlich durch geeignete Aus- und Fortbildungen, durch Trainings und Schulungen, durch die Arbeit an Haltungen und Selbstverständnissen und Reflexion bearbeitbar. Das Feld der Fortbildung, Qualifizierung und Professionalisierung kann in längerer Sicht sogar weitergehende strukturelle Auswirkungen entfalten. Die Forderung, diskriminierungskritisches und diversitätskompetentes Wissen bereits in Ausbildungsgängen zu verankern, ist auch deshalb weit verbreitet, weil sie einer stillschweigenden Reproduktion von institutionellen Diskriminierungsmustern entgegenwirken kann. Es handelt sich dabei um eine Wette auf die Zukunft, dass sich diskriminierende Muster nicht langfristig gegen widersprechende Dispositionen der Akteure erhalten können. Auch institutionelle Muster entstehen aus individuellen Haltungen und Praktiken, die sich zu Routinen etc. verfestigen und verselbstständigen.

Bedarfsanalyse legt hohen Stellenwert von Angeboten zur diskriminierungssensiblen Professionalisierung und Qualifizierung im Aufbau einer Fachstelle nahe

Dem Aufgabenbereich der Aus- und Fortbildung, der Qualifizierung und Professionalisierung sollte eine erhebliche, prioritäre Rolle im Aufbau einer Fachstelle zukommen. Die angesichts der begrenzten Ressourcen eingangs angesprochenen erforderlichen Hebeleffekte sollten entsprechend über die qualifizierende Adressierung von Multiplikator*innen, von Fachakteuren und einschlägigen Berufsgruppen angezielt werden. Die Fachstelle sollte insofern verstreute und kleinteilige Ansätze zu einer diversitätskompetenten und diskriminierungssensiblen Professionalität, die sich in Berufsverbänden, in Versorgungseinrichtungen oder in zivilgesellschaftlichen

Zusammenschlüssen finden, gewissermaßen flankieren, begleiten und mit ihren Mitteln unterstützen.

Angebote zur Professionalisierung und Qualifizierung können sich über unterschiedliche Formate erstrecken: Erstellung von Materialien, Seminare, Fachtage. Eine Fachstelle soll hier wirkungsvolle Impulse geben, kann jedoch Beiträge von Berufsverbänden und Bildungseinrichtungen nicht ersetzen

Eine Fachstelle sollte in diesem Feld einerseits substanzielle Angebote für ihre Zielgruppen machen – also Seminare, Fachtage, Materialien anbieten – und zugleich andererseits auch ihre spezifische Modell- und Impulsfunktion im Blick haben. Eine substanzielle und flächendeckende diversitätskompetente Professionsentwicklung erfordert Beiträge von zahlreichen anderen Akteuren, hier sind Studien- und Ausbildungsgänge ebenso gefordert wie Berufsverbände, bspw. die Ärzte- und Psychotherapeutenkammer.

Abstimmung von Qualifizierungsangeboten mit einschlägigen Einrichtungen und Fachverbänden geboten. Feste Einbindung in Aus- und Fortbildung als Ziel

Vor dem Hintergrund der grundsätzlichen Empfehlung, den Bereich von Aus- und Fortbildung stark, ggf. sogar als eigene Säule der Fachstelle zu profilieren, stellen sich allerdings zahlreiche Folgefragen, wie diese allgemeine Richtungsangabe sinnvoll ausgestaltet werden kann. Die Ausgestaltung und Themenfindung entsprechender Angebote sollten über den Träger der Fachstelle hinaus auch mit einschlägigen weiteren Akteuren koordiniert und abgestimmt werden. Dazu gehören insbesondere explizite Ausbildungseinrichtungen wie die Charité oder die für Fortbildungen zuständigen Berufsverbände, etwa die Ärztekammer, die Psychotherapeutenkammer und die Zahnärztekammer. Idealerweise geht es hier um eine feste und verbindliche Integration diskriminierungskritischer Inhalte in die entsprechenden Aus- und Fortbildungsgänge.

Diskriminierungskritische Qualifizierung im Gesundheitswesen und gesundheitsfachliche Qualifizierung von Beratungs- und Antidiskriminierungsangeboten sind gleichermaßen wichtig

Grundlegend ist zudem festzuhalten, dass sich Angebote der Aus- und Fortbildung und der Professionalisierung in zwei Dimensionen differenzieren lassen. Die Fachstelle sollte einerseits Akteure des Gesundheitswesens im Blick auf Vielfalt- und Antidiskriminierungskompetenz adressieren und andererseits mit gleicher Priorität Akteure der Antidiskriminierungsarbeit sowie der Selbstorganisation von Communitys und Betroffenen bezogen auf Strukturen des Gesundheitswesens, auch auf Rechte von Patient*innen und vorhandene Beschwerde- und Konfliktlösungsmechanismen, qualifizieren. Die Adressierung von Akteuren des Gesundheitswesens ist dabei weitgehend selbsterklärend und vereinzelt bestehen hier bereits einschlägige Modellprojekte⁶. Im Blick auf Diskriminierungsmerkmale wie Herkunft und Rassismus, sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität oder Behinderung existieren schon Beratungsangebote mit einer hohen gesundheitsbezogenen Kompetenz. Weniger eindeutig stellt sich die Situation allerdings dar, wenn jenseits von AD-Beratungsangeboten das breite Feld von Selbstorganisationen migrantisierter Menschen und Communitys betrachtet wird: Hier lassen sich offene Bedarfe und weitergehende Aufgaben sowie Zielgruppen für eine Fachstelle verorten, die proaktiv adressiert werden sollten.

Professionalisierung und Qualifizierung können durch unterschiedliche Formate und Angebote erfolgen. Einige Angebote sollte die Fachstelle selbst anbieten. In anderen Fällen kann sie sich ggf. auf die Entwicklung von Materialien konzentrieren oder Interessierte an geeignete Anbieter*innen vermitteln

⁶ In der Charité finden sich nicht nur in diesem Feld Beispiele guter Praxis, konkret etwa das Projekt Empowerment für Diversität (https://diversity.charite.de/diversity_projekte/empowerment_fuer_diversitaet/).

Neben den Zielgruppen und Adressat*innen von Fortbildungsangeboten stellt sich die Frage nach geeigneten Formaten. Die Bedarfsanalyse legt an dieser Stelle ein möglichst breites, auf viele unterschiedliche Kontexte und Situationen zugeschnittenes Repertoire nahe. Die Fachstelle sollte also nach Möglichkeit perspektivisch Formate bereitstellen, die von kurzen Informations- und Impulsvorträgen über Workshopformate bis zu Qualifizierungsreihen reichen. Sie sollte ebenso in der Lage sein, in kompakten Einheiten grundlegende Wissensbestände an Projekte, Arbeitsgruppen etc. zu vermitteln wie kurze Impulsvorträge/Musterpräsentationen zur Sensibilisierung von Leitungsebenen und Geschäftsführungen umzusetzen.

Eine besondere Herausforderung besteht angesichts der merkmalsübergreifenden Anlage darin, passende Angebote für unterschiedliche Zielgruppen zu entwickeln. Neben Präsenzformaten, die sich sehr konkret auf bestimmte Einrichtungen, Organisationen, Träger und Projekte o.Ä. richten, sollten auch offene Formate wie regelmäßige Fachtage verstärkt in den Blick genommen werden.⁷

. Sie können insbesondere in der Aufbau- und Gründungsphase einer Fachstelle ihre Bekanntmachung als Einrichtung mit der Vermittlung ihrer Themen und Ziele verbinden.

Insgesamt ist aber hinsichtlich der Angebote zur Professionalisierung und Qualifizierung die besagte Netzwerk- und Portalfunktion einer Fachstelle zu beachten: Sie kann dort, wo sie nicht selbst Angebote machen kann, auch als Vermittlerin geeigneter Angebote fungieren, die in Berlin in nicht unerheblicher Differenziertheit bestehen. Neben Formaten, in denen die Mitarbeitenden der Fachstelle als Multiplikator*innen und Bildner*innen auftreten, sollte daher die Erstellung bzw. Bereitstellung von Bildungs- und Informationsmaterialien bzw. die Sammlung und Vermittlung von Qualifizierungsangeboten durch andere Akteure vorrangig berücksichtigt werden.

Das Aufgabenfeld von Fortbildung und Wissensvermittlung verbindet sich hier mit Informations-, Öffentlichkeits- und vor allem Vernetzungsarbeit: Eine Webseite der Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen könnte in diesem Sinn auch zu einem Portal ausgebaut werden, das grundlegende Informationsmaterialien wie Studien, Handreichungen, Lernmodule, Informationsfilme etc. im Sinne einer Mediathek bereitstellt – und zwar neben eigenen Produkten vor allem Angebote von Dritten.⁸ Zusätzlich zu eigenen Angeboten sollte die Fachstelle in diesem Sinn die bereits angesprochene Plattform-, Multiplikations- und Kurationsfunktion im Blick haben. In einem noch wenig bearbeiteten Feld können auch der Abbau von Barrieren und die niedrigschwellige Öffnung von Zugängen zu bereits bestehenden Angeboten nicht weniger zielführend sein als die Entwicklung eigener Bildungs- und Qualifizierungsangebote.

Die Stärkung diskriminierungssensibler Kompetenzen im Gesundheitswesen kann und sollte auch durch Ansprache und Aktivierung von Gesundheitsakteuren erfolgen, nicht allein durch Angebote der Fachstelle

Das Ausmaß der Wahrnehmung und Nutzung von Qualifizierungsangeboten ist ein zentraler Faktor für deren Wirkungen und Effekte. Bei der Umsetzung durch einen gut vernetzten Träger kann eine Fachstelle unter Umständen von dessen Netzwerken und Kontakten profitieren und damit auch Teilnehmende und Zugänge gewinnen. Sie startet aber zunächst als befristetes und personell überschaubares Vorhaben, d.h. ohne Anbindung an und Integration in bestehende

⁷ Im Untersuchungszeitraum der Bedarfsanalyse wurde im September 2024 ein einschlägiger Fachtag zu Diskriminierung im Gesundheitswesen mit besonderem Fokus auf Rassismus durch das ADNB des TBB in Kooperation mit der Landeszentrale für politische Bildung ausgerichtet (<https://www.berlin.de/politische-bildung/veranstaltungen/veranstaltungen-der-berliner-landeszentrale/diskriminierung-macht-krank-rassismus-im-gesundheitswesen-1450819.php>). Die Veranstaltung war ausgebucht, was als Hinweis auf ein hohes Interesse am Themenfeld und einen ausgeprägten Bedarf betrachtet werden kann.

⁸ Das Online-Angebot der Berliner Fachstelle für Suchtprävention bietet eine sehr gute Veranschaulichung eines derartigen Wissensportals (<https://www.berlin-suchtpraevention.de/informationen/>).

Aus- und Fortbildungsgänge, ohne Berücksichtigung in formellen Verfahren der Zertifizierung, Prüfung und Anerkennung von Angeboten.

Die sich daraus ergebende Frage nach der Verbindlichkeit von Angeboten und Anreizen für die Teilnahme ist im Zuge der Bedarfsanalyse mehrfach als zentral angesprochen worden. Gefordert wird eine tiefe Integration von Diversitätskompetenz in Ausbildungsgänge als verpflichtender, zum Kern professioneller Kompetenzen zählender Ausbildungsinhalt. Vielfach wird gewünscht, dass eine Fachstelle – idealerweise auch mit Rückendeckung von Politik und Verwaltung – diesbezüglich intensives Lobbying innerhalb des Gesundheitsbereichs macht. Neben dem Aufbau eigener Fortbildungsangebote können also die Vernetzung und Kuration andernorts bestehender Angebote und die strategische Arbeit an deren fester Verankerung in vorhandenen Programmen ein besonders nachhaltigerer Ansatz sein. Die Frage der Einbindung einschlägiger Inhalte beispielsweise in Fortbildungsprogramme der Ärztekammer oder der Psychotherapeutenkammer sollte frühzeitig und intensiv bearbeitet werden.

Proaktive Ansprache klar definierter Funktionsgruppen als Zielgruppe von Fortbildungsangeboten – bspw. der Patientenfürsprecher*innen oder bestimmter Organisationen – könnte zur Stärkung des Wirkungsgrads beitragen

Neben der strategisch ausgerichteten Arbeit mit Organisationen, Verbänden etc., die bereits Aus- und Fortbildungsangebote vorhalten (auch privatwirtschaftlich verfasste), sind die gezielte Auswahl und proaktive Ansprache spezifischer Funktionsgruppen ein weiterer Ansatz zur Gewährleistung eines relevanten Impacts von Fortbildungsangeboten. Im Rahmen der Bedarfsanalyse ist die Frage nach entsprechenden Funktionsgruppen wiederholt aufgerufen worden – genannt wurden etwa die Patientenfürsprecher*innen in Kliniken sowie deren bezirkliche Koordinator*innen. Sowohl Beratungs- als auch Fortbildungsangebote adressieren zunächst Einzelpersonen, seien es Betroffene oder Fachkräfte. Das Angebotsprofil einer Fachstelle sollte darüber hinaus die Organisationsebene berücksichtigen und Unterstützungen für eine diskriminierungssensible Organisationsentwicklung geben.⁹

6.4 BERATUNG UND UNTERSTÜTZUNG

Zugangsbarrieren zum Gesundheitswesen und Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen erzeugen Beratungs- und Unterstützungsbedarf – er muss aber nicht zwingend durch die Fachstelle bedient werden

Die Überlagerung strukturell begründeter Zugangsbarrieren zu einer guten Gesundheitsversorgung für bestimmte Gruppe und manifester Diskriminierungserfahrung innerhalb der Versorgung begründen Bedarfe an personenbezogener Unterstützung und Beratung in verschiedenen Hinsichten: Das Gesundheitssystem wird von Menschen, die von Diskriminierung betroffen sind, teilweise als unübersichtlich und überkomplex wahrgenommen. Teilweise bestehen Versorgungslücken, teilweise sind Rechte und Ansprüche nicht bekannt und bestehende Beschwerdesysteme wenig zugänglich und bekannt.

Personenbezogene Beratungsangebote können in diesem Sinn eine plausible Antwort auf einige Problemlagen und Diskriminierungstatbestände darstellen, sind aber keineswegs immer ausreichend oder die beste Wahl im Blick auf Prioritätensetzungen. Der Aufbau eines eigenständigen, neuen Beratungsangebots gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen sollte aus der Perspektive der Bedarfsanalyse durch eine neu zu errichtende Fachstelle daher zunächst nicht prioritär betrieben werden.

⁹ Die Fachstelle Diversitätsorientierte Organisations- und Kompetenzentwicklung im Land Berlin (DOKE) bietet ein gutes Beispiel für eine systematische Wahrnehmung entsprechender Aufgaben (<https://www.fachstelle-doke.de/>).

Es hat sich bisher kein Szenario abgezeichnet, wie im breiten Aufgabenbereich der Fachstelle ein Beratungsangebot ein bedarfsgerechtes und hochwertiges Profil entwickeln könnte

Der angezielte merkmalsübergreifende Ansatz und die Orientierung auf das umfassende Feld einer hochdifferenzierten Gesundheitsversorgung in Berlin lassen die Etablierung eines hinreichend definierten sowie spezifizierten und in diesem Sinn für sein Aufgabenfeld kompetenten Beratungsangebots fraglich erscheinen. Auch nach Durchführung der Bedarfsanalyse wirken die Bedarfslagen oftmals noch zu vage, zu allgemein und zu umfassend dimensioniert, als dass sich Konturen einer plausiblen Ergänzung der bestehenden Beratungslandschaft abzeichnen würden.

Dies gilt umso mehr, als im Blick auf Betroffene in vulnerablen Lebenslagen im Zuge der Bedarfsanalyse sogar solche Angebote betont wurden, die Beratung und persönliche Begleitung verbinden. Je umfassender Beratungs- und Unterstützungsangebote aber angelegt werden, desto dringlicher erscheinen angesichts eingeschränkter Ressourcen eine Begrenzung und Fokussierung der Beratungsgegenstände, die im Fall von Diskriminierung im Gesundheitswesen derzeit noch nicht gegeben sind.

Bedarfsgerechte und realistisch einzulösende Aufgaben findet eine Fachstelle als Verweisberatungsstelle mit umfassendem Überblick über bestehende Beratungsangebote (Lots*innen-Stelle)

Dass verschiedene Umstände gegen die Etablierung eines eigenständigen umfassenden, zielgruppenorientierten Beratungsangebots sprechen, muss allerdings nicht bedeuten, dass Beratungsbedarfe außerhalb des Fokus einer Fachstelle liegen sollten. Die Positionierung einer Fachstelle als Netzwerkstelle und Brücken- oder Dachorganisation sollte vielmehr mit ausgezeichneten Kenntnissen der Beratungs- und Unterstützungsstruktur sowohl im Bereich von Antidiskriminierung als auch der Gesundheitsversorgung einhergehen. Die Fachstelle sollte einen entsprechenden Überblick über die Angebotslandschaft in Berlin von Beginn an mitbringen und überdies kontinuierlich im Sinne einer Feldbeobachtung ausbauen, vertiefen und weiterentwickeln. Damit sollte sie befähigt sein, Aufgaben der Erst- und Verweisberatung professionell und kompetent auszufüllen. Insofern Beratungsbedarfe von Betroffenen im Blick auf ihre Ziele und Grundlagen nicht immer schon umfassend geklärt sind, könnte es hier um ein erstes Clearing von Vorfällen ebenso gehen wie um die Wahrnehmung einer Lots*innen-Funktion, mithilfe derer Zugangsbarrieren zu bereits bestehenden Beratungsangeboten reduziert und Orientierungs- und Auswahlentscheidungen hinsichtlich eines individuell passenden Angebots begleitet werden.

Beratungsangebote können direkte Zugänge zu Diskriminierungsbetroffenen eröffnen, die für eine Fachstelle auch angesichts begrenzter Ressourcen sehr wertvoll sind

Die Übernahme einer Lots*innen-Funktion in Form einer Verweisberatung hat sich im Zuge der Bedarfsanalyse als in der Praxis konsensfähig erwiesen. Sie eröffnet einer Fachstelle das Fenster eines direkten Kontakts zu Betroffenen, erfordert aber nicht so umfassende Ressourcen wie eine weitergehende Beratung und Begleitung. Der direkte Kontakt mit Betroffenen und realen Diskriminierungsfällen, der sich aus Beratungssettings ergibt, wurde vielfach als wichtige Grundlage für die Entwicklung fachlicher Expertise nach innen und von Glaubwürdigkeit und Legitimität nach außen bewertet. Das Angebot einer Erst- und Verweisberatung könnte sich in diesem Sinn als ausbalancierter Kompromiss von Bedarfen und Ressourcen erweisen, von dem Betroffene und Ratsuchende ebenso profitieren würden wie die Fachstelle selbst.

Niedrigschwelliger Zugang zu einem Beratungsangebot setzt Bekanntheit voraus, die über Fachnetzwerke generiert werden sollte

Individuelle Beratung und Erst- und Verweisberatung unterscheiden sich zwar im Blick auf ihre Aufgaben und Zielstellungen, überschneiden sich aber in der Ausrichtung auf die Bedarfe von

Betroffenen. Damit teilen sie eine Voraussetzung, die bei einem neuen Angebot nicht als selbstverständlich betrachtet werden kann: Die Bekanntheit eines Beratungs- und Unterstützungsangebots ist Voraussetzung dafür, dass Betroffene den Weg zu dessen Nutzung finden, gerade in einem Bereich, der oftmals ohnehin als undurchsichtig und komplex wahrgenommen wird. Bezogen auf die Bewerbung und öffentliche Bekanntmachung einer Fachstelle hat sich im Zuge der Bedarfserhebung allerdings ein Votum dafür ergeben, begrenzte Ressourcen sehr vorrangig in die fachliche Arbeit, nicht in die Öffentlichkeitsarbeit zu investieren. Bekanntmachung und Bewerbung eines Angebots zu Verweisberatungen sollten sich daher insbesondere auf fachliche Netzwerke richten, nicht auf die Stadtgesellschaft insgesamt.

Beratungsangebote für Fachkräfte in kritischen Situationen erfordern keine breite Öffentlichkeitsarbeit und bieten sich als Vorstufe von Fortbildungen an

Hinsichtlich der Zielgruppenorientierung eines Beratungsangebots lassen sich neben Nutzenden des gesundheitlichen Versorgungssystems ebenso Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen und der Beratungslandschaft identifizieren. Die Fachstelle sollte auch diesen Personengruppen Angebote machen können, um vor einer gesundheitsfachlichen Weiterqualifizierung einschlägige Fragen und Aspekte niedrigschwellig klären und besprechen zu können. Beratung bedeutet dann die anlassbezogene Beratung von professionellen Fachkräften und in diesem Sinn eine Ergänzung und/oder Vorstufe zu einer Qualifizierung und Organisationsentwicklung von Beratungsangeboten hinsichtlich einer Integration gesundheitsbezogener Diskriminierung.

Die Qualität von Verweisberatung profitiert von engen, auch persönlichen Kontakten in die Beratungslandschaft – sie sollten ggf. durch geeignete Formate gefördert werden

Im Rahmen der Bedarfsanalyse haben sich neben den skizzierten Erfordernissen nach der Verweisberatung und den Aufgaben von Gesundheitslots*innen gleichfalls gewisse Risiken gezeigt: Verweisberatung bedeutet die Delegation von Zuständigkeiten und ist in diesem Sinn der Gegenpol der Überführung von Beratung in persönliche Begleitung. Sie kann damit von vulnerablen Betroffenen auch als Zurückweisung wahrgenommen werden und in ein Labyrinth von mehr oder minder geeigneten Anschlusskontakten mit wechselndem Gegenüber führen.

Daraus ergibt sich für eine Fachstelle das Erfordernis einer intensiven Netzwerkarbeit mit potenziellen Kooperationspartner*innen von Verweisberatung. Enge, auch persönliche Kontakte sind hier wünschenswert, ggf. können eine wiederholte, bilaterale oder multilaterale Abstimmung und Koordinierung im Vorfeld möglicher Beratungsanlässe geboten sein.¹⁰ Auch weitergehende Formate wie die Koordinierung regelmäßiger Austausch- und Vernetzungstreffen zur Diskriminierung im Gesundheitswesen für einschlägige Beratungs- und Beschwerdestellen in Berlin sind perspektivisch denkbar.

Das Vorhalten von Beratungsangeboten – auch an nachgeordneter Stelle – bringt Anforderungen an das Trägerprofil mit sich: Antidiskriminierungskompetenz, ggf. Kontakte zu Betroffenenorganisationen oder Verfügbarkeit juristischer Expertise

Ungeachtet des eingangs begründeten Votums gegen eine Priorisierung von Beratungsleistungen als zentraler Angebotssäule einer Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen zeigt die Bilanzierung der Bedarfsanalyse, dass sich die relevante Frage weniger auf das „Ob“ von Beratung als auf das „Wie“, das „Für-Wen“ und das „Wieviel“ richtet. Damit ergeben sich auch verschiedene Anforderungen und Erwartungen an einen Träger der Fachstelle: Beratungskompetenzen im Allgemeinen und Kompetenzen der Antidiskriminierungsberatungen im

¹⁰ ProAktiv – Servicestelle für Betroffene von Straftaten bietet hierzu ein sehr elaboriertes Modell. Die Servicestelle hat verbindliche Kooperationen mit einem begrenzten, aber zugleich umfassenden Kreis spezialisierter Fachberatungsstellen, mit denen neben operativer Arbeit auch Austauschmöglichkeiten geschaffen werden.

Besonderen sind wichtige Erfordernisse. Dabei geht es um Wissen und Kompetenzen zu Verfahren und Methoden sowie um Fragen der professionellen Haltung und des Selbstverständnisses.

Geprüft werden sollte auch, inwieweit neben der fachlichen Beratungskompetenz die Verankerung in oder die enge Verbindung mit (Selbst-)Organisationen von Betroffenen eine relevante Anforderung an einen möglichen Träger darstellt. Da Beschwerdesysteme innerhalb des Gesundheitswesens zwar eine Zuständigkeit auch für Diskriminierungsfälle behaupten, oftmals aber wenig fachliche Expertise zur Wahrnehmung dieser Aufgabe besitzen, kommt einer Fachstelle hier potenziell eine Rolle als Türöffnerin zu (vgl. van der Heiden 2024).

Beratung kann in Konfliktfällen auch juristische Fragen betreffen, im Blick auf das Antidiskriminierungsrecht, das Berufs- und Vertragsrecht sowie das Medizinrecht. Soweit sich eine Beratungsstelle auf die Erst- und Verweisberatung konzentriert, muss entsprechende Expertise nicht zwingend innerhalb der Fachstelle selbst verankert sein. Konzepte, wie ggf. auf juristische Expertise zugegriffen werden kann – bspw. über kontinuierliche Kontakte zu geeigneten Rechtsanwält*innen –, sind aber wünschenswert (BIP - Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin o.J.).

Community-Basierung und Community-Orientierung von Beratung bilden wichtige Orientierungspunkte und Entwicklungsziele

Neben der Beratung in Streitfällen oder der Unterstützung angesichts von Diskriminierungserfahrungen kann ebenso die Frage des Zugangs zu diskriminierungsarmen Versorgungsleistungen ein Thema von Beratungsangeboten sein. Verschiedene Beispiele veranschaulichen, wie sich diskriminierungserfahrene Communitys befähigen, informieren, beraten und empowern, um diskriminierungsfreie und barrierearme Zugänge in das Gesundheitssystem zu finden. Beispiele reichen von digitalen Listen und Portalen über queersensible medizinische Angebote¹¹ bis zu einer Datenbank über die (physische) Barrierefreiheit von Praxen.¹² Eine Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen kann hier anknüpfen, indem sie landeszentral und merkmalsübergreifend Wissen und Kontakte sammelt und verfügbar macht, um niedrighschwellige Zugänge zu diskriminierungsarmen Angeboten zu eröffnen. Die Fachstelle fungiert hier als Gesundheitslotsin und Orientierungshilfe.

6.5 ÖFFENTLICHKEITSARBEIT UND SENSIBILISIERUNG DER STADTGESELLSCHAFT

Für eine wirkungsvolle Positionierung der Fachstelle in der Berliner Angebotslandschaft ist eine ausreichende Bekanntheit erforderlich. Hierfür sollten grundlegende Vorkehrungen wie der Aufbau einer Webseite und die Erstellung von Projektflyern zur Bekanntmachung der Fachstelle in der Anfangsphase getroffen werden. Als weitere Ideen für die Öffentlichkeitsarbeit wurden z.B. die Erstellung eines Newsletters für die interessierte Fachöffentlichkeit genannt sowie die Nutzung von Social Media zur Bekanntmachung der Fachstelle und ihrer Angebote. Insgesamt soll die Fachstelle darauf achten, dass die Zugänge zu Informationen allen, insbesondere auch Betroffenen, ermöglicht werden (→ leichte Sprachen, mehrsprachige Informationen, Erklär-Videos).

Umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit zur Sensibilisierung der Stadtgesellschaft erscheint mit Blick auf die Ressourcen der Fachstelle nachrangig

In den Fachdialogen wurde die Bedeutung der Öffentlichkeitsarbeit zur weitergehenden Sensibilisierung der Stadtgesellschaft diskutiert. Es gab viele Ideen für große Kampagnen (z.B. über das Berliner Fenster), um auf Problemlagen und Angebote aufmerksam zu machen. Hinsichtlich

¹¹ Vgl. hierzu insbesondere das Portal Queermed Deutschland (<https://queermed-deutschland.de/>).

¹² Im Blick auf die Rollstuhlgerechtigkeit von Orten und Räumen ist vor allem die Wheelmap zu nennen (<https://news.wheelmap.org/>).

der zur Verfügung stehenden Ressourcen bestand jedoch Konsens, dass Kampagnen das Budget der Fachstelle überfordern würden und da Priorität haben sollten. Es könnte aber ein Impuls durch die Fachstelle und die LADS erfolgen, sodass eine Kampagne beispielsweise in Kooperation mit einer anderen Institution und über eine externe Finanzierung in die Wege geleitet wird.

Vernetzungsarbeit fördert die Bekanntmachung der Fachstelle

Als Netzwerk- und Plattformstelle scheint für die Fachstelle vor allem die Bekanntmachung in einschlägigen Fachöffentlichkeiten geboten. Fachöffentlichkeiten können zielgerichtet durch die Mitwirkung in Gremien und Netzwerken, aber auch durch persönliche Kontakte erreicht werden. Außerdem kann die Vernetzungsarbeit, insbesondere im Hinblick auf einen Fachbeirat, gleichfalls zur weiteren Bekanntmachung der Fachstelle beitragen. Größere Investitionen in Werbung und professionelle Öffentlichkeitsarbeit erscheinen zumindest zu Beginn der Arbeit daher nicht erforderlich.

Über die Öffentlichkeitsarbeit der Fachstelle können Ressourcen für Betroffene und Angebote für Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen und der Antidiskriminierungsarbeit bekannt gemacht werden

Ein Sonderfall ist die Frage, inwiefern im Fall der Implementierung einer Beratungssäule Betroffene Zugang zur Fachstelle finden können. Eine proaktive Öffentlichkeitsarbeit ist einerseits Voraussetzung eines wirkungsvollen Beratungsangebots. Andererseits ist die Schaffung dieser Voraussetzung bei einem merkmalsübergreifenden Angebot potenziell so anspruchsvoll, dass sie gegen den Aufbau eines umfassenden Beratungsangebots als ersten Schritt der Einrichtung einer Fachstelle spricht.

Die Fachstelle sollte diesbezüglich im Rahmen ihrer Möglichkeiten und mit gebündelten Kräften Öffentlichkeitsarbeit betreiben. Genannt wurde hier z.B. die Erstellung von Leitsystemen, Listen oder Karten, die dazu beitragen, Anlauf- und Beratungsstellen oder diskriminierungssensible Gesundheitsangebote sowie Empowermentangebote (vgl. Casa Kuà o.J.) für Betroffene im Gesundheitswesen etc. sichtbar zu machen und deren Angebote auf der Webseite der Fachstelle vorzustellen. Ebenso können Einrichtungen und Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen bei der Suche nach Angeboten der Qualifizierung, Beratung und Organisationsentwicklung unterstützt werden, wenn solche Angebote auf der Webseite der Fachstelle mit Informationen zu den Angeboten vorhanden sind.

6.6 KONZEPTIONS- UND STRATEGIEENTWICKLUNG

Grundlegend für die in den Fachdialogen eindringlich geforderte Einflussnahme und Beratungstätigkeit der Fachstelle durch Gremien- und Lobbyarbeit sind ihre konzeptionelle Arbeit und die Entwicklung von strategischen Empfehlungen, die sie mit Unterstützung des Beirats entwickelt.

Entwicklung eines Leitbilds für ein diversitätsorientiertes und diskriminierungssensibles Gesundheitswesen in Berlin bietet einen Ausgangspunkt für die Einforderung konkreter Maßnahmen

Mehrfach wurde in den Fachdialogen ebenfalls betont, dass Empfehlungen und Maßnahmen ausgehend von Visionen eines diversitätsorientierten und diskriminierungssensiblen Gesundheitswesens entwickelt werden sollen. Auch wenn die Fachstelle als zeitlich begrenztes „Projektvorhaben“ aufgesetzt wird, ist dieser umfassende Blick über den Projekt-Tellerrand von zentraler Bedeutung. Daher sollte es zu Beginn darum gehen, ein Leitbild zu entwickeln und dieses über Vernetzungs- und Gremienarbeit zu schärfen.

Die Fachstelle sollte auch zu einzelnen Problemlagen Expertisen und Stellungnahmen verfassen

Einzelne Themen, die als Beispiele für Expertisen und Stellungnahmen im Aufgabenbereich der Fachstelle genannt wurden, sind u.a.:

- die Forderung nach (verpflichtenden) Angaben zur Barrierefreiheit und Zugänglichkeit der Arztpraxen (physische Barrierefreiheit, Sprach- und Übersetzungsangebote, diversitätsorientierte Haltung der Praxis etc.), z.B. mit Ausarbeitung eines Siegel-Verleihung-Systems,
- Empfehlungen an die kassenärztliche Vereinigung Berlin zur diversitätsorientierten Erweiterung von Kriterien für die Zulassung von Praxen sowie zur sozialräumlichen Verteilung der Niederlassung von Praxen,
- ein Konzept zur Bündelung und Weiterentwicklung von Angeboten zur diversitätssensiblen Qualifizierung/Weiterbildung im Gesundheitswesen,
- Stellungnahmen zur AGG-Reform oder juristischen Durchsetzung des Artikel 25 der UN-Behindertenrechtskonvention,
- Stellungnahme und Empfehlungen zur Kontrolle der Einhaltung oder Verschärfung von gesetzlich geregelten Vorgaben/Verboten, z.B. zum Verbot der Durchführung von geschlechtszuweisenden Operationen an unter 14-Jährigen nach § 16, 31 e BGB,
- Empfehlungen zur schnelleren Notfallversorgung von Geflüchteten und Erweiterung/Überprüfung der Leistungsberechtigung von Geflüchteten, die von Mehrfachdiskriminierung betroffen sind.

Zusammenfassend wird festgehalten, dass das Potenzial der Fachstelle auch in diesem Arbeitsbereich in ihrer Funktion als Plattform und Multiplikatorin liegt, um im engen Austausch mit ihrem Beirat und weiteren Kooperationspartner*innen die dringendsten Problemlagen, Bedarfe und daran gekoppelte Forderungen zu identifizieren, zu priorisieren und in Form von ausgearbeiteten Stellungnahmen oder Expertisen auf die Agenda im Rahmen der Gremienarbeit zu setzen.

6.7 STRUKTURAUFBAU UND SCHWERPUNKTSETZUNGEN

Die Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen bearbeitet in merkmalsübergreifender und mehrdimensionaler Perspektive ein ganzes Handlungsfeld, was besondere Anforderungen im Blick auf strukturell begründete Diskriminierungsdimensionen mit sich bringt. Die handlungsfeldbezogene Ausrichtung der Antidiskriminierungsarbeit beginnt in Berlin dabei nicht am Nullpunkt. So bietet die Fachstelle gegen Diskriminierung am Wohnungsmarkt FairMieten – FairWohnen verschiedene Anregungen und Muster auch bezogen auf einen zielführenden Aufbau. Mit der Fachstelle Arbeitsmarkt und Antidiskriminierung (FAMAD) hat in den letzten Jahren noch ein weiteres Angebot die Arbeit aufgenommen. Für das Handlungsfeld Schule gibt es in Berlin neben der Anlaufstelle Diskriminierung an Schulen (ADAS) aktuell in zwei Bezirken Fach- und Anlaufstellen. Zudem sind im Rahmen der Bedarfsanalyse auch die Architekturen von Fachstellen aus angrenzenden Handlungsfeldern ohne direkten Bezug zur Antidiskriminierungsarbeit in den Blick genommen worden.

Die klare Priorisierung von Aufgabenfeldern sollte sich gleichfalls in der Architektur der Fachstelle niederschlagen, analog zu anderen Fachstellen etwa in Form eines Mehr-Säulen-Modells

Die angesichts der begrenzten Fördermittel erforderlichen Schwerpunktsetzungen der Fachstelle sollten sich auch in deren Aufbau abbilden. Die Fachstelle gegen Diskriminierung auf dem Wohnungsmarkt hat dabei auf ein Zwei-Säulen-Modell gesetzt, die Fachstelle gegen Diskriminierung am Arbeitsmarkt wurde mit dem Ziel der Bearbeitung von vier Säulen ausgeschrieben.

Auch für das Handlungsfeld Diskriminierung im Gesundheitswesen ist ein angepasstes Mehr-Säulen-Modell zu empfehlen. Dabei geht es nicht um einen kompletten Ausschluss der Wahrnehmung von Aufgaben aus den oben im Detail dargestellten Arbeitsfeldern, sehr wohl aber um deutliche, ebenso nach außen wahrnehmbare Schwerpunktsetzungen. Um die strategischen Aufgaben der Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen klar zu kommunizieren,

ist eine Konzentration auf zwei, maximal drei Säulen zu empfehlen, allgemeine Querschnittsaufgaben können gegebenenfalls auch außerhalb dieser Konstruktion wahrgenommen werden.

Eine Säule der Fachstelle sollte sich der Strategieentwicklung und der Netzwerkarbeit widmen

Als erste Säule sollten Strategie und Vernetzung mit dem Aufbau von Begleit- und Gremienstrukturen im Fokus stehen. Wichtige Ziele für deren Einrichtung sind einerseits die Gewährleistung des Austauschs mit von Diskriminierung betroffenen Personen und ihren Vertretungen und Selbstorganisationen sowie die Bündelung von Ressourcen, andererseits der Aufbau und die Verstärkung von Zugängen ins Gesundheitswesen, insbesondere zu solchen Einrichtungen, die über Einfluss- und Prägekraft im Blick auf dessen diskriminierungssensible Weiterentwicklung verfügen (Kammern, Krankenhausgesellschaft und Kliniken etc.). Denkbar sind dabei eine Reihe unterschiedlicher Formate, die zur Zielerreichung beitragen können: Beiräte, Fachdialoge, Kooperationsverbände etc.

Eine weitere Säule der Fachstelle sollte sich der Qualifizierung und Professionalisierung bezogen auf ein diskriminierungssensibles Gesundheitswesen widmen

In der zweiten Säule sollten Fragen der Qualifizierung und Professionalisierung bearbeitet werden, insbesondere durch die Bündelung, Weiterentwicklung und Sichtbarmachung von Informationen, Materialien und bereits bestehenden Angeboten anderer Einrichtungen. Wichtige Ziele in dieser Säule sind die Zusammenführung von Expertise der Antidiskriminierungsarbeit, um 1. Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen dabei zu unterstützen, Antidiskriminierung in die Aus- und Fortbildung zu integrieren, und 2. Fachkräfte aus dem Bereich Antidiskriminierung zu Besonderheiten von Diskriminierung im Gesundheitswesen fortzubilden/zu beraten, ausgehend von der Annahme, dass über Sensibilisierungs- und Reflexionsprozesse auf Ebene einzelner Personen langfristig auch strukturelle Veränderungen erreicht werden können.

Es geht dabei zunächst um eine zweigleisige Ausrichtung in fachlicher Hinsicht, zugleich kann dieser Aufbau als Ansatzpunkt durch einen Trägerverbund genutzt werden, in dem analog zur Fachstelle Fair Mieten – Fair Wohnen zwei Träger ihre jeweiligen Stärken unter einem Projektdach verbinden.

Der Aufbau eines Runden Tisches „Diskriminierung im Gesundheitswesen“ könnte ein tragendes Projekt im Bereich Strategie und Vernetzung für eine erste Förderperiode sein, um dem Handlungsfeld Rückhalt in der Stadtgesellschaft zu verschaffen und ein konsensfähiges Leitbild zu entwickeln

Gesondert betrachtet werden soll hier noch ein Modell, das zwar im Sinne eines erweiterten Gremiums auch zur Säule Strategie und Vernetzung gehört, aber als zeit- und ressourcenintensives Modell möglicherweise ein eigenes „Projekt“ der Fachstelle darstellen kann: Dabei handelt es sich um die Einberufung eines Runden Tisches, den die Fachstelle mit politischer Unterstützung von Senatsverwaltung und LADS aufbaut, begleitet und koordiniert. Der Aufbau eines Runden Tisches für Vielfalt und gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen als eigenständige Stimme im Handlungsfeld würde dabei sicherlich eine erhebliche Engagementbereitschaft seitens einschlägiger Organisationen des Gesundheitswesens voraussetzen. Deren Vorhandensein kann in dieser Bedarfsanalyse nicht abschließend bewertet werden. Vorstellbar wäre daher auch eine zeitlich begrenzte Konstituierung, die mit einem konkreten Meilenstein beendet wird – etwa einem gemeinsam beschlossenen Leitbild oder einem Eckpunktepapier. Der Förderzeitraum von zwei Jahren ist für eine neu aufzubauende Fachstelle dabei ambitioniert, für ein solches Vorhaben aber zumindest aussichtsreich. Die Fachstelle würde in diesem anspruchsvollen Szenario quasi in „koordinierender Rolle“ an der Entwicklung einer von relevanten Akteuren getragenen fachlichen Positionierung mitwirken, in der Erwartung, dass durch einen breiter getragenen Prozess auch die Dissemination von Impulsen in die entscheidenden Organisationen erleichtert würde.

Die Gründung eines Berliner Runden Tisches gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen einschließlich der Einleitung eines Leitbildprozesses würde ein eigenständiges, umfangreiches Projekt der Fachstelle darstellen, von dem die Einrichtung von Begleitgremien kategorial zu unterscheiden ist. Ein Runder Tisch könnte ein Begleitgremium grundsätzlich auch ersetzen, eine entsprechende doppelte Struktur ist allerdings gleichfalls denkbar. Insbesondere wäre als Begleitgremium in diesem Fall ein genuin zivilgesellschaftlicher Beirat bzw. ein Betroffenenrat vorstellbar, der die Verbindung der Fachstelle mit Communitys und Betroffenen gewährleistet und diese auch in den Prozess der weiteren Konzeptentwicklung einbindet. Andernfalls sollte ein Beirat bereichsübergreifend besetzt sein, also Personen aus Communitys und Selbsthilfeorganisationen, Personen aus dem Gesundheitswesen und dessen Organisationen ebenso umfassen wie ggf. Personen aus Wissenschaft, aus Politik und (Bezirks-)Verwaltungen sowie aus sozialen Diensten und Zivilgesellschaft insgesamt.

Begleitgremien, Runde Tische und Beiräte stellen Vorkehrungen dar, um vielfältige Perspektiven und Bedarfe in die Arbeit der Fachstelle zu integrieren und umgekehrt ihre Themen und Impulse in relevante Fachöffentlichkeiten zu transportieren. Blinde Flecken der Fachstelle können so ansatzweise ausgeglichen und kompensiert werden. Solche Kontakte können unterstützen und flankieren, ersetzen damit aber nicht die fachlich kompetente und organisatorisch erfahrene Aufstellung der Fachstelle und ihres Trägers selbst.

6.8 TRÄGERPROFIL- UND KOMPETENZEN

Die befragten Expert*innen sehen als wichtige Kompetenz für die Trägerschaft der Fachstelle, dass das dort eingesetzte Team Erfahrung und Fähigkeiten mitbringt, wie Daten zu Problemlagen für die Entwicklung von Strategiepapieren und Expertisen genutzt werden können. Zudem sollten sehr gute Kenntnisse zum Abbau struktureller Diskriminierung vorhanden sein, d.h., Mitarbeitende und Träger sollten idealerweise fähig sein, wissenschaftlich und praxisorientiert zu arbeiten, und wissen, wie aktuelle Studienergebnisse, Daten und Erfahrungswissen aus der Beratungspraxis und diskriminierungskritischen Bildung in die Entwicklung von Handlungskonzepten/Empfehlungen transferiert werden können.

Eine Voraussetzung für diesen Aufgabenbereich sind hier vor allem Systemwissen über das Gesundheitswesen, Kenntnisse von und Erfahrungen mit politischen und administrativen Abläufen und Prozessen sowie Kenntnisse über das Zusammenwirken von Diskriminierung auf personeller, institutioneller und struktureller Ebene, zum Abbau von Diskriminierung sowie Kenntnisse von Beschwerdestrukturen und Beratungsstellen. Hier wurde eindringlich betont, dass gerade zum Abbau struktureller Barrieren vertieftes Wissen und Erfahrungen notwendig sind, um Fallstricke etc. erkennen zu können. Auch eine (medizin-)juristische Expertise zur Identifikation von Gesetzeslücken, Bedarfen der Nachjustierung von Gesetzen oder zur Einforderung ihrer Einhaltung ist für die konzeptionelle und strategische Arbeit der Fachstelle hilfreich.

Die Anforderungen an Träger der Fachstelle bewegen sich dabei in Spannungsfeldern, in denen eine optimale Balance gesucht werden sollte.

Ein erstes Spannungsfeld liegt zwischen der Verankerung in Communitys und Selbsthilfestrukturen auf der einen Seite und einem hirnreichenden Standing im Blick auf das Gesundheitswesen auf der anderen Seite

Ein erstes Spannungsfeld, das in den Erhebungen der Bedarfsanalyse angesprochen wird, lässt sich zwischen den Polen einer Betroffenenorientierung und Verankerung in Selbsthilfestrukturen auf der einen Seite und einer Orientierung auf hoch professionalisierte, stark formalisierte Fach- und Berufsverbände, Gesundheitsunternehmen und soziale Dienstleister, Bildungs- und Fortbildungseinrichtungen etc. auf der anderen Seite aufspannen. Beide Pole müssen sich sicherlich nicht zwingend ausschließen, verbinden sich aber nicht gleichermaßen umfassend in einer einzigen Einrichtung bzw. in einem Träger.

Ein zweites zentrales Spannungsfeld begründet sich aus dem inhaltlichen Aufgabenfeld der Fachstelle, das zugleich zwei Akteursfelder umfasst, die sich wiederum oftmals nicht in einer Einrichtung überschneiden. Den einen Pol bildet hier sicherlich die Antidiskriminierungsarbeit, einerseits im Sinne fachlicher Standards bspw. bezüglich guter Beratung und Bildungspraxis, andererseits als Akteursfeld mit vielen Berliner Angeboten und Einrichtungen; eine ausgewiesene Fachlichkeit ist für die Arbeit einer Fachstelle ebenso wichtig wie Zugänge zur vorhandenen Akteurslandschaft. Den anderen Pol bildet demgegenüber das Gesundheitswesen mit seinen vielen mehr oder minder verfassten Bereichen und Sparten; eine Fachstelle profitiert von vorhandenen Zugängen und Kontakten ins Gesundheitswesen ebenso wie sie – um den Ausdruck eines Befragten zu verwenden – über „Systemwissen“ verfügen sollte, über umfangreiche Kenntnisse der Strukturen, Einrichtungen, Rahmenbedingungen etc. des Gesundheitswesens, um wirkungsvoll vorgehen zu können, ja um überhaupt ein ausreichendes „Standing“ und Legitimität aufzubauen.

Diskriminierungssensible und diskriminierungskritische Kompetenzen sind grundlegende und unabdingbare Anforderung an Träger der Fachstelle

Im Rahmen der Bedarfserhebungen wurden jeweils unterschiedliche, aber keineswegs widersprüchliche Akzentsetzungen deutlich, über den Stellenwert einer tragfähigen Positionierung der Fachstelle in den genannten Spannungsfeldern besteht allerdings keine Kontroverse – ebenso wenig über den Umstand, dass das primäre Fundament und die *conditio sine qua non* für eine geeignete Anbindung der Fachstelle das Vorhandensein diskriminierungssensibler und -kritischer Kompetenzen sein sollte.

7 LITERATURVERZEICHNIS

Aikins, Muna A./Bremberger, Teresa/Aikins, Joshua K./Gyamerah, Daniel/Yıldırım-Caliman, Deniz (2021): Afrozensus 2020. Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland. Berlin. <https://afrozensus.de/reports/2020/>, 17.02.2025.

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2024): Jahresbericht 2023. <https://t1p.de/yklpt>, 09.01.2025.

arzt & karriere (o.J.): Diversität in der Führung: (Noch) nicht in der Medizin. <https://t1p.de/uzyr7>, 28.02.2025.

Ärztekammer Hamburg (o.J.): Webseite: Ärztliche Anlaufstelle gegen Diskriminierung, Kurs „Die diverse Arztpraxis“. <https://t1p.de/ffvjh>, 28.02.2025.

Bartel, Daniel/Kalpaka, Annita (2023): Gut beraten! Auf dem Weg zu einer flächendeckenden Antidiskriminierungsberatung in Deutschland. Aktueller Stand und konzeptionelle Eckpunkte Daniel Bartel (Antidiskriminierungsverband Deutschland) und Annita Kalpaka (Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg). Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Unter Mitarbeit von Eben Louw und Philipp Fode. Berlin. <https://t1p.de/ewl9r>, 17.02.2025.

Bartig, Susanne/Kalkum, Dorina/Le, Ha Mi, Lewicki, Aleksandra (2021): Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen Wissensstand und Forschungsbedarfe für die Antidiskriminierungsforschung. <https://t1p.de/r8wt8>, 17.02.2025.

Beigang, Steffen/Fetz, Karolina/Kalkum, Dorina/Otto, Magdalena (2017): Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Baden-Baden. <https://t1p.de/1uvx0>, 17.02.2025.

Berliner Koordinierungsstelle gegen FGM_C (o.J.): Runde Tisch „Stopp FGM_C in Berlin Brandenburg“. <https://t1p.de/pt1u4>, 26.02.2025.

BIP - Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin (o.J.): Webseite: Ergänzende Angebote. <https://t1p.de/g4ain>, 26.02.2025.

Bremen sagt Nein (o.J.): Webseite: Bremer Betroffenenbeirat Istanbul-Konvention (B*BIK). <https://t1p.de/wzh1y>, 26.02.2025.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (o.J.): DiGA und DiPA. Digitale Gesundheits- und Pflegeanwendungen. <https://t1p.de/xxr3>, 28.02.2025.

Casa Kuà (o.J.): Webseite. <https://t1p.de/as5md>, 26.02.2025.

Charité Berlin (o.J.a): Steering Committee Gleichstellung, Diversität, Inklusion an der Charité Vielfalt ist die Norm. <https://t1p.de/l1i6>, 26.02.2025.

Charité Berlin (o.J.b): Webseite: Diversity-Projekte Empowerment für Diversität. <https://t1p.de/rc9jc>, 28.02.2025.

Deutsche Aidshilfe e.V (o.J.): Beratung zu Diskriminierung. <https://t1p.de/1au9z>, 28.02.2025.

Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) (2023): Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Berlin.

Dieckmann, Janine/Hartung, Franziska/Piening, Marie-Theres/Lindner, Clemens/Kuske, Matthias/Willems, Eléonore/Gronski, Heike (2021): positive stimmen 2.0 – Mit HIV leben, Diskriminierung abbauen. Ergebnisse eines partizipativen Forschungsprojekts zum Leben mit HIV in Deutschland. Unter Mitarbeit von Marie Bahati Kaiser. Berlin. <https://t1p.de/dec4n>, 17.02.2025.

Feministische Netzwerk für Gesundheit Berlin (o.J.): Webseite. <https://t1p.de/65zjr>, 26.02.2025.

Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e.V. Berlin (o.J.): Webseite FFGZ. <https://t1p.de/j49oi>, 28.02.2025.

Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. (o.J.): Webseite: Arbeitskreis Migration und Gesundheit. <https://t1p.de/l3gve>, 28.02.2025.

infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH (2022): Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Unter Mitarbeit von Jacob Steinwede und Julia Harand. Bonn. <https://t1p.de/zdie6>, 17.02.2025.

Kessler, Eva-Marie/Warner, Lisa Marie (2022): Ageismus – Altersbilder und Altersdiskriminierung in Deutschland. Studie im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin. <https://t1p.de/dfi57>, 17.02.2025.

Kongress Armut und Gesundheit (o.J.): Webseite. <https://t1p.de/j33yv>, 26.02.2025.

Koppe, Livio (2024): Und täglich grüßt der Chefarzt. Kaum Frauen in Führungsjobs der Medizin... In: taz. die tageszeitung, 29.05.2024. <https://t1p.de/32exz>, 28.02.2025.

Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (o.J.): Die Berliner unabhängige Beschwerdestelle (BuBs). <https://t1p.de/bc4v2>, 28.02.2025.

Landesärztekammer Hessen (o.J.): Webseite: Menschenrechts-, Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragte. <https://t1p.de/7n30o>, 28.02.2025.

Merx, Andreas/Lewicki, Aleksandra/Schlenzka, Nathalie/Vogel, Katrin (2021): Diskriminierungsrisiken und Handlungspotenziale im Umgang mit kultureller, sozioökonomischer und religiöser Diversität. Ein Gutachten mit Empfehlungen für die Praxis. Allgemeine Problemlagen. Essen. <https://t1p.de/0sc1x>, 17.02.2025.

Migrationsrat Berlin (2024): Einladung zur Beteiligung: Außerparlamentarische Enquête für ein gerechteres Berlin. <https://t1p.de/3zull>, zuletzt aktualisiert am 26.02.2025.

Müller, Michael (2024): Das deutsche Gesundheitswesen im europäischen Vergleich. Ressourcen und Effizienz (ersatzkasse magazin, 4-2024). <https://t1p.de/5letk>, 17.02.2025.

OFEK (o.J.): Webseite OFEK Beratung. <https://t1p.de/jlwkn>, 28.02.2025.

Orwat, Carsten (2019): Diskriminierungsrisiken durch Verwendung von Algorithmen. Eine Studie, erstellt mit einer Zuwendung der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin. <https://t1p.de/eicm1>, 17.02.2025.

RTB (o.J.): Webseite: Der Runde Tisch Berlin - Gesundheitsversorgung bei häuslicher und sexualisierter Gewalt. <https://t1p.de/humik>, 26.02.2025.

Schwulenberatung Berlin (2019): "Wo werde ich eigentlich nicht diskriminiert?". Diskriminierung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans*, Inter* und Queers* (LSBTIQ*) im Gesundheitswesen in Berlin. Schwulenberatung Berlin. https://schwulenberatungberlin.de/wp-content/uploads/2021/05/Final_Diskriminierung-im-Gesundheitswesen_B_Bericht_2019.pdf, 12.06.2024.

Schwulenberatung Berlin gGmbH (2019): "Wo werde ich eigentlich nicht diskriminiert?" Diskriminierung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, Trans*, Inter* und Queers* (LSBTIQ*) im Gesundheitswesen in Berlin. Studie zur Erfassung von Diskriminierungserfahrungen von LSBTIQ* im Berliner Gesundheitswesen. Berlin. <https://t1p.de/ridjj>, 29.01.2025.

Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung (2024): Start für 80 barrierefreie Taxis: Senatssozialverwaltung und Freenow stellen

neues Angebot für Menschen mit Beeinträchtigungen vor. Pressemitteilung vom 19.01.2024.
<https://t1p.de/k7cbt>, 28.02.2025.

Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung, Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung (2025): Interessenbekundungsverfahren zur Förderung des Projekts „Fachstelle gegen Diskriminierung im Gesundheitswesen“ (Arbeitstitel). <https://t1p.de/an1to>, 17.02.2025.

Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege (o.J.): Landesgesundheitskonferenz Berlin. <https://t1p.de/zt9rl>, 26.02.2025.

TransVer – Ressourcen-Netzwerk zur interkulturellen Öffnung (o.J.): Webseite: Beratung, Vermittlung, Begleitung. <https://t1p.de/i0bw3>, 28.02.2025.

TransVer – Ressourcen-Netzwerk zur interkulturellen Öffnung (2022): Positionspapier: Zur Aufnahme von Sprachmittlung in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) bzw. ins SGB V. <https://t1p.de/d3shs>, 28.02.2025.

UEPO.de (2024): Bündnis für Sprachmittlung im Gesundheitswesen appelliert erneut an Bundesregierung. <https://t1p.de/x33to>, 28.02.2025.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (o.J.): Webseite: Lob- & Beschwerdemanagement. <https://t1p.de/7td4p>, 28.02.2025.

University of Connecticut (o.J.): Webseite: Uconn Rudd Center for Food Policy and Health. <https://t1p.de/d01j4>, 28.02.2025.

van der Heiden, Iris (2024): Diagnose Diskriminierung. Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen. Herausgegeben von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin. <https://t1p.de/755xq>, 12.02.2025.

8 ANHANG

Übersicht zu Interviews und Fachdialogen mit Vertreter*innen folgender Fachstellen, Organisationen, Institutionen und Einrichtungen, die persönlich befragt und/oder an den Fachdialogen teilgenommen haben.

Interviews

1	Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderungen
2	BIP – Beschwerde- und Informationsstelle Psychiatrie in Berlin
3	Deutsche Aidshilfe
4	Antidiskriminierungsnetzwerk Berlin des Türkischen Bundes in Berlin-Brandenburg
5	Antidiskriminierungsberatung Alter, Behinderung, Chronische Erkrankung
6	Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.
7	Interkultureller Hospizdienst „Dong Ban Ja“/Landesbeirat Partizipation, Integration und Migration
8	Charité
9	Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e.V.
10	Migrationsrat
11	Charité
12	Charité
13	Landeskoordinierung Alleinerziehende Berlin
14	OFEK – Beratungsstelle bei antisemitischer Gewalt und Diskriminierung

Fachdialog Fachstelle

1	FairMieten Fair Wohnen – Fachstelle gegen Diskriminierung auf dem Wohnungsmarkt
2	Fachstelle Suchtprävention
3	TransVer – Ressourcen-Netzwerk zur interkulturellen Öffnung
4	LARA – Fachstelle gegen sexualisierte Gewalt an Frauen*
5	Fachstelle Migration und Behinderung – AWO
6	DOKE – Fachstelle Diversitätsorientierte Organisations- und Kompetenzentwicklung im Land Berlin
7	Caritas Berlin, Projekt TeilHafen
8	BQN: DiFair – Gerechter Zugang zu Dienstleistungen für Drittstaatsangehörige
9	Hebamme, frei tätig für das LAF
10	Fachstelle Migration und Behinderung – AWO

Fachdialog: Intersektionalität

1	Migrationsrat Berlin e.V.
2	Feministische Medizin e.V.
3	I-Päd – Intersektionale Sexualpädagogik
4	GLADT e.V.

Fachdialog: Geschlecht und Geschlechtliche Orientierung

1	LesMigraS/Lesbenberatung Berlin e.V.
2	Netzwerk behinderter Frauen Berlin e.V.
3	Feministisches Frauengesundheitszentrum
4	Charité
5	Weglaufhaus
6	Stand Up – Antidiskriminierungsberatung, Schwulenberatung Berlin
7	Fachstelle Traumanetz Berlin

Fachdialog Alter, Behinderung und chronische Krankheiten

1	Kompetenzzentrum Interkulturelle Öffnung der Altenhilfe und Pflege
2	Bezirksamt Lichtenberg – Beauftragte*r für Menschen mit Behinderungen
3	Landesbeauftragte für Menschen mit Behinderung
4	Netzwerk Behinderte Frauen

Fachdialog: Herkunft, Rassismus und Religion

1	OFEK Beratung Berlin, Antisemitismus
2	VIW, Verband für interkulturelle Wohlfahrtspflege und Diversität e.V.
3	Katholische Hochschule Berlin für Sozialwesen
4	Antidiskriminierungsnetzwerk Berlin Brandenburg des TBB e.V. (ADNB)
5	DEZIM – NAdiRA
6	Caritas Berlin, Projekt TeilHafen
7	BQN: DiFair – Gerechter Zugang zu Dienstleistungen für Drittstaatsangehörige



**CAMINO
WERKSTATT FÜR FORTBILDUNG,
PRAXISBEGLEITUNG UND
FORSCHUNG IM SOZIALEN
BEREICH GMBH**

MAHLOWER STR. 24 • 12049 BERLIN
TEL +49(0)30 610 73 72-0
FAX +49(0)30 610 73 72-29
MAIL@CAMINO-WERKSTATT.DE
WWW.CAMINO-WERKSTATT.DE