

Diagnose* Diskriminierung

Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten bei
Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen

Forschungsprojekt im Auftrag der
Antidiskriminierungsstelle des Bundes

Durchgeführt von
Iris an der Heiden (IGES Institut GmbH)



Antidiskriminierungsstelle
des Bundes

Diagnose Diskriminierung

Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen

Forschungsprojekt im Auftrag der
Antidiskriminierungsstelle des Bundes

Durchgeführt von
Iris an der Heiden (IGES Institut GmbH)

Zitiervorschlag:

an der Heiden, Iris (2024): Diagnose Diskriminierung. Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen. Herausgegeben von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Berlin.



Eine Zusammenfassung der Studienergebnisse und Handlungsempfehlungen ist abrufbar unter: www.antidiskriminierungsstelle.de/studie-diagnose-diskriminierung-zusammenfassung.

Vorwort



Zum Thema „Diskriminierung im Gesundheitsbereich“ liegen bislang wenige Untersuchungen vor. Aber wie in jedem Lebensbereich gibt es auch hier ungerechtfertigte Ungleichbehandlungen. Auch in Arztpraxen, Krankenhäusern, Apotheken oder Pflegeeinrichtungen machen Menschen mitunter diskriminierende Erfahrungen. Sie berichten von Diskriminierungen wegen einer Behinderung, wegen ihres Alters, aus rassistischen Gründen oder aufgrund des Geschlechts. So sind beispielsweise Schwarze Frauen häufig sexualisierten Vorurteilen ausgesetzt. Ärzt*innen bieten ihnen deshalb ohne Anlass HIV-Tests an. Menschen mit Migrationsgeschichte schildern uns häufig, ihnen werde der sogenannte „Morbus mediterraneus“ unterstellt – das ist keine Diagnose, sondern ein rassistisches Klischee von wehleidigen Migrant*innen.

Nur wenige Patient*innen wehren sich gegen Diskriminierung, denn sie sind darauf angewiesen, medizinisch behandelt zu werden. Manche können den Arzt oder die Ärztin nicht wechseln, weil sie in einer Region leben, in der es nur eine einzige Praxis gibt. Oder sie haben monatelang auf den Termin gewartet und wollen nicht von vorne anfangen.

Diskriminierung gibt es überall, wo Menschen zusammenkommen. Entscheidend ist, was passiert, wenn Menschen deshalb Hilfe suchen. Daher haben wir im Rahmen der Studie „Diagnose Diskriminierung“ erstmals die Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten in Deutschland genauer untersucht.

Die vorliegende Studie beschäftigt sich konkret mit der Frage, was passiert, wenn sich Menschen nach einer Diskriminierung im Gesundheitswesen an eine Anlaufstelle wenden. Es gibt bereits zahlreiche Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitsbereich. Doch leider ist der Schutz vor Diskriminierung dort oft noch ein blinder Fleck. Viele Betroffene erhalten gar keine Rückmeldung oder finden keine Unterstützung.

Aber es gibt auch viele positive Beispiele, an denen man sich orientieren kann.

Ich hoffe sehr, dass unsere Studie einen Stein ins Rollen bringt und die Situation für Menschen, die Diskriminierung erleben, verbessert.

Ihre Ferda Ataman

Unabhängige Bundesbeauftragte
für Antidiskriminierung

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnisse	7
Danksagung	11
1 Einleitung	13
2 Methodisches Vorgehen	17
2.1 Projektmodule	17
2.2 Abgrenzungen und Limitationen	27
3 Struktur der Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitswesen	29
3.1 Beschwerdeanlässe im Gesundheitswesen	29
3.2 Anlauf- und Beschwerdestellen der medizinischen Einrichtungen	32
3.3 Anlauf- und Beschwerdestellen der Selbstverwaltung	32
3.4 Übergeordnete Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens	37
3.5 Zwischenfazit Struktur der Anlauf- und Beschwerdestellen	40
4 Erfahrungen von Betroffenenverbänden und (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen mit den vorhandenen Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens	43
4.1 Bekanntheit und Inanspruchnahme von Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitswesen	44
4.2 Erfahrung mit den vorhandenen Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitswesen	47
4.3 Verbesserungspotenziale	50
4.4 Zwischenfazit Erfahrungen aus Betroffenenensicht	54
5 Anfrageaufkommen und Arbeitsweisen von Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens im Kontext von Diskriminierungserfahrungen	57
5.1 Anlauf- und Beschwerdestellen der Krankenhäuser und Rehakliniken	58
5.1.1 Ergebnisse der Onlinebefragung	58
5.1.2 Fallstudien Krankenhaus	75
5.1.3 Zwischenfazit Krankenhäuser und Rehakliniken	92

5.2	Anlauf- und Beschwerdestellen der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens	94
5.2.1	Ergebnisse der Onlinebefragung	94
5.2.2	Fallstudien Selbstverwaltung	98
5.2.3	Zwischenfazit Selbstverwaltung	118
5.3	Anlauf- und Beschwerdestellen übergeordneter Institutionen des Gesundheitswesens	121
5.3.1	Ergebnisse der Onlinebefragung	121
5.3.2	Fallstudien übergeordneter Institutionen des Gesundheitswesens	125
5.3.3	Zwischenfazit übergeordnete Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens	145
5.3.4	Exkurs Medizinischer Dienst	147
6	Analytische Zusammenschau der Ergebnisse	153
7	Handlungsmöglichkeiten für ein verbessertes Beratungs- und Beschwerdeangebot bei Diskriminierungsfällen im Gesundheitswesen	167
7.1	Ziel 1: Den Zugang zu Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten im Gesundheitswesen verbessern	168
7.2	Ziel 2: Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens im Umgang mit Diskriminierung professionalisieren	170
7.3	Ziel 3: Beratungs- und Beschwerdeverfahren in eine Gesamtstrategie zur Prävention von und zum Umgang mit Diskriminierung in den jeweiligen Institutionen einbetten	171
7.4	Ziel 4: Den rechtlichen Diskriminierungsschutz und die Möglichkeiten zur Rechtsdurchsetzung bei Diskriminierung im Gesundheitswesen verbessern	173
8	Anhang	176
	Literaturverzeichnis	187

Verzeichnisse

Abbildungen

Abbildung 1:	Welche Stelle in Ihrer Organisation bearbeitet Beschwerden oder Beratungsanfragen von Patient*innen (unabhängig von deren Inhalt)? (Mehrfachantworten waren möglich)	59
Abbildung 2:	Über welche der folgenden genannten Qualifikationen verfügen die Mitarbeiter*innen Ihrer Anlaufstelle?	61
Abbildung 3:	Verteilung der befragten Anlaufstellen in Krankenhäusern nach Kenntnissen zum AGG	62
Abbildung 4:	Welche Anlaufstellen in Ihrer Organisation nehmen (potenzielle) Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen an?	63
Abbildung 5:	Wie häufig erhält Ihre Anlaufstelle Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen?	65
Abbildung 6:	Woran liegt es Ihrer Einschätzung nach, dass sich Patient*innen selten oder nie mit Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen an Sie wenden? (Mehrfachantworten waren möglich)	66
Abbildung 7:	Krankenhäuser: Wie häufig betrafen Beschwerden mit Diskriminierungsbezug in den letzten zwei Jahren die folgenden Diskriminierungsmerkmale? (n=272)	67
Abbildung 8:	Krankenhäuser: Wie häufig betrafen Beschwerden mit Diskriminierungsbezug in den letzten zwei Jahren die folgenden Diskriminierungsformen? (n=272)	69
Abbildung 9:	Werden Patient*innen explizit auch auf die Beschwerdemöglichkeiten zu Diskriminierungserfahrungen aufmerksam gemacht? Falls ja, wie? (Mehrfachantworten waren möglich)	70
Abbildung 10:	Welche Maßnahmen und Interventionsmöglichkeiten stehen Ihrer Anlaufstelle zur Verfügung?	72
Abbildung 11:	Krankenhäuser nach Einordnung des Angebotsumfangs für Patient*innen	73
Abbildung 12:	Hat Ihre Anlaufstelle Unterstützungsbedarfe oder Verbesserungspotenziale? (Mehrfachantworten waren möglich)	74
Abbildung 13:	Überblick der Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrung im Gesundheitswesen	154

Tabellen

Tabelle 1:	Rücklauf nach Befragungszielgruppen	23
Tabelle 2:	Zuständigkeit der Selbstverwaltung für die Beschwerdebearbeitung nach Beschwerdeanlass	33
Tabelle 3:	Bezüge zu Beratungsangeboten der Kammern bei den Suchstichworten „Diskriminierung“ und „Rassismus“	35
Tabelle 4:	Krankenhäuser und Rehakliniken: Wie viele Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen hat Ihre Anlaufstelle im Jahr 2021 bearbeitet?	66
Tabelle 5:	Typische Fallkonstellationen mit Diskriminierungsbezug bei Krankenkassen, Kammern, K(Z)Ven, beim Gesundheitsamt und Medizinischen Dienst	177
Tabelle 6:	Kontaktangaben zur Patient*innenberatung auf den Internetseiten der Kammern	182
Tabelle 7:	Kontaktangaben zu Patient*innenbeauftragten und Ombudsstellen bei Diskriminierung der Kammern	185
Tabelle 8:	Kontaktangaben zu Patient*innenbeauftragten der Länder	185

Abkürzungen

ADS	Antidiskriminierungsstelle des Bundes
advd	Antidiskriminierungsverband Deutschland
AGG	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen
BBfG	Bundesverband Beschwerdemanagement für Gesundheitseinrichtungen e. V.
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGG	Behindertengleichstellungsgesetz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DSGVO	Datenschutzgrundverordnung
FGI	Fokusgruppeninterview
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen
HebBO	Hebammenberufsordnung
IGeL	Individuelle Gesundheitsleistungen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVP	Kontinuierlicher Verbesserungsprozess
KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
MD	Medizinischer Dienst
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OFEK	Beratungsstelle bei antisemitischer Gewalt und Diskriminierung
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PKV	Private Krankenversicherung
PsychKHG	Gesetz über Hilfen bei psychischen Krankheiten
Rehakliniken	Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SQB	Strukturierte Qualitätsberichte
UMG	Universitätsmedizin Göttingen
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Danksagung

Die Autor*innen bedanken sich vielmals bei allen Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens, die an der Befragung teilgenommen haben, sowie bei den Expert*innen folgender Institutionen, die für ausführliche Gespräche zur Verfügung standen. Einige Expert*innen haben anonym an den Interviews teilgenommen. Auch ihnen gehört unser herzlicher Dank.

- Aids-Hilfe Saar e. V.
- Antidiskriminierungsberatung Alter oder Behinderung der Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e. V.
- Antidiskriminierungsnetzwerk Berlin des Türkischen Bundes in Berlin-Brandenburg
- Beratungsreferat der Antidiskriminierungsstelle des Bundes
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. BAGSO
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener
- Eltern beraten Eltern mit und ohne Behinderung e. V.
- Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung
- Intergeschlechtliche Menschen e. V. Bundesverband
- Kontaktstelle HIV bedingte Diskriminierung / Deutsche Aidshilfe
- Mother Hood e. V.
- OFEK e. V. Beratungsstelle bei antisemitischer Gewalt und Diskriminierung
- Rosa Strippe e. V.
- Selbsthilfeorganisation Trans-Ident e. V.
- StandUp – Antidiskriminierungsprojekt der Schwulenberatung Berlin
- TransInterQueer e. V.
- Bayerische Landesärztekammer
- Beschwerdemanagement UKE Hamburg
- Gesundheitsamt Dortmund
- Landesärztekammer Hamburg
- Medizinischer Dienst Nord
- Menschenrechts-, Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragter der Landesärztekammer Hessen
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Ein besonderer Dank richtet sich darüber hinaus an die Antidiskriminierungsstelle des Bundes, insbesondere Charlotte Kastner, Steffen Shah und Nathalie Schlenzka, die wesentliche Hintergründe für die Beratung im Diskriminierungsfall im Allgemeinen sowie im Gesundheitswesen im Besonderen eingebracht, das Forschungsprojekt betreut und zu seinem Gelingen beigetragen haben.

1 Einleitung

In der Repräsentativbefragung „Diskriminierung in Deutschland“ (Beigang et al. 2017) berichtete jede*r vierte Betroffene von Diskriminierung davon, diese (auch) im Bereich Gesundheit und Pflege erlebt zu haben (26,4 Prozent). Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen sind darüber hinaus durch verschiedene Studien belegt. Und auch das Beschwerdeaufkommen bei der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, staatlichen und nichtstaatlichen (Antidiskriminierungs-) Beratungsstellen und weiteren Beauftragten der Bundesregierung zeigt, dass Patient*innen **auch im Gesundheitswesen immer wieder Diskriminierungserfahrungen** machen (ADS 2021).

Ein wichtiger Baustein im Umgang mit Diskriminierung sind **Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten**. Durch die Inanspruchnahme von Beratungsangeboten und Beschwerdewegen können Betroffene in ihrem Recht auf einen diskriminierungsfreien Zugang zum Gesundheitssystem gehört und unterstützt, kann Diskriminierung aufgedeckt werden. Beschuldigte und beteiligte Akteur*innen müssen Beschwerden zur Kenntnis nehmen, beantworten und Konsequenzen des diskriminierenden Verhaltens tragen. In der Folge der Anfragen können strukturelle Verbesserungsprozesse angestoßen werden.

Anlauf- und Beratungsstellen unterstützen und beraten Betroffene zu möglichen Schritten, **Beschwerdestellen** verfolgen die Interessen der Betroffenen mit gezielten Maßnahmen und Interventionen. Die Maßnahmen der Anlauf- und Beschwerdestellen können über den Einzelfall hinausgehen und durch strukturelle Maßnahmen, zum Beispiel Schulungsmaßnahmen oder bauliche Veränderungen, mittelfristig den Diskriminierungsschutz erhöhen.

Wie auch das Gesundheitswesen selbst, sind dessen Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten komplex. Bisher ist wenig darüber bekannt ob und welche Anfragen zur Beratung bei Diskriminierungen bei den Anlauf- und Beratungsstellen des Gesundheitswesens ankommen und wie den Betroffenen weitergeholfen werden kann. Ebenfalls fehlt es an Wissen darüber, wie bestehende Beschwerdestellen in solchen Fällen agieren und über welche Möglichkeiten der Abhilfe sie verfügen. Die vorliegende sozialwissenschaftliche Studie will diese Lücke schließen.

Der vorliegenden Studie liegen folgende Forschungsfragen zugrunde:

- **Welche Anlauf- und Beschwerdestellen** gibt es und inwiefern sind diese für Beschwerden und Anfragen bei Diskriminierungserfahrungen **zuständig**?
- **Informieren** die Anlauf- und Beschwerdestellen über diese Zuständigkeit und inwiefern sind sie bekannt?
- An wen wenden sich Betroffene und wie hoch ist somit letztlich das **Aufkommen** an Beschwerden und Anfragen zu Diskriminierungserfahrungen bei den Anlauf- und Beschwerdestellen?

Neben diesen zunächst strukturellen Fragen liegt das Forschungsinteresse in der Analyse der Arbeitsweisen der Anlauf- und Beschwerdestellen:

- Welche Mandate, Arbeitsweisen, Unterstützungsangebote und Handlungsoptionen haben die Anlauf- und Beschwerdestellen hinsichtlich des Umgangs mit Diskriminierungsfällen?
- Wie sind die Mitarbeiter*innen für die Beratung im Diskriminierungsfall **qualifiziert** und inwiefern werden sie durch Beratungs- oder **Beschwerderichtlinien** (allgemein und speziell zum Thema Diskriminierung) unterstützt?
- Findet in den Institutionen des Gesundheitswesens eine systematische Auseinandersetzung mit dem Diskriminierungsschutz der Patient*innen statt?

Die vorliegende Studie umfasst eine Bestandsaufnahme von Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens sowie die Analyse der Arbeitsweisen dieser Stellen im Umgang mit Anfragen aufgrund von Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen **im Gesundheitswesen**. Die Studie untersucht nicht, welche Möglichkeiten Personen im Allgemeinen haben, um Diskriminierungserfahrungen zu verarbeiten oder zu kommunizieren – zum Beispiel in Selbsthilfegruppen, Vereinen, in den (sozialen) Medien, auf Bewertungsportalen zu Ärzt*innen, bei Verbraucherzentralen oder (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen – sondern vielmehr, welche **Kapazitäten das Gesundheitswesen** selbst zur Verfügung stellt, um Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen aufzunehmen und Beratung bei Diskriminierung anzubieten.

Leitfrage des Forschungsprojektes ist, wie sichergestellt werden kann, dass Menschen, die im Gesundheitswesen Diskriminierung erleben, niedrigschwellige und qualitativ hochwertige Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten nutzen können. Aus der Bestandserhebung sowie der Analyse der Bearbeitung von Beschwerden und Anfragen bei Diskriminierungserfahrungen erfolgt daher die **Ableitung von Handlungsmöglichkeiten zur Weiterentwicklung** der vorhandenen Beratungs- und Anlaufstrukturen für Diskriminierungsfälle im Gesundheitswesen **für ein verbessertes Beratungs- und Beschwerdeangebot** für von Diskriminierung betroffene Patient*innen. Dafür wurde erhoben, welche Lücken im Beschwerdesystem für eine effektive und niedrigschwellige Unterstützung Betroffener von Diskriminierung von den Akteuren, Betroffenenverbänden und (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen gesehen und mit welchen **Handlungsmöglichkeiten** und **(rechtlichen) Rahmenbedingungen** diese geschlossen werden könnten. Bereits bestehende *Gute Praxis* wird beschrieben.

Untersuchungsgegenstand der Studie ist die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung, Vorsorge und Rehabilitation. Die ambulante Versorgung umfasst dabei Ärzt*innenpraxen und Zahnärzt*innenpraxen, Praxen von Psychotherapeut*innen, von Heilmittelerbringern, wie zum Beispiel Physiotherapeut*innen und Podolog*innen, oder von Hebammen/Entbindungspflegern sowie Apotheken. Die stationäre Versorgung wird von Krankenhäusern und Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen (Rehakliniken) erbracht. Das Pflegewesen (das heißt ambulante Gesundheits- und Krankenpflege sowie die ambulante und stationäre Altenpflege und Pflege von Menschen mit Behinderung) ist nicht Teil der Studie.

Diese Forschungsfragen werden mit einem Mixed-Methods-Ansatz untersucht, das heißt, es wurden qualitative und quantitative Methoden in aufeinander aufbauenden Projektmodulen miteinander kombiniert:

1. In einer flächendeckenden **Bestandsaufnahme wurden Anlauf- und Beschwerdestellen** des Gesundheitswesens, an die sich potenziell Patient*innen bei Diskriminierung wenden können, recherchiert und in Onlinebefragungen interviewt,
2. Expert*innen aus Betroffenenverbänden und Beratungsstellen, die von Diskriminierung betroffene Menschen in verschiedenen Lebensbereichen unterstützen, wurden zu ihren Erfahrungen mit Anlauf-, Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten im Gesundheitswesen befragt,
3. **Arbeitsweisen** und Arbeitsgrundlagen der vorhandenen Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitswesen wurden in qualitativen Fallstudien untersucht.

Die Anlauf- und Beschwerdestellen werden untersucht in Hinblick auf ihren Umgang mit Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen im Gesundheitswesen, die Benachteiligungen aufgrund von im Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG) definierten Diskriminierungsmerkmalen erfahren haben. Diese umfassen rassistische Diskriminierung und Diskriminierung anhand der ethnischen Herkunft, sowie Diskriminierung anhand des Geschlechts, der Religion und/oder Weltanschauung, einer Behinderung, anhand des Alters sowie sexuellen Identität (§ 1 AGG). Ergänzend werden Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen aus Gründen des Gewichts und des sozialen Status betrachtet. Intersektionale Diskriminierung, das heißt Überschneidungen und ein Zusammenwirken von verschiedenen Diskriminierungsdimensionen, spielen im Kontext des Gesundheitswesens eine besondere Rolle: zum Beispiel Diskriminierung aufgrund von Behinderung, Alter und sozialem Status oder Diskriminierungen aufgrund von Geschlecht und Gewicht.

Diskriminierungserfahrungen von Mitarbeiter*innen des Gesundheitswesens werden in den Befragungen häufig benannt, sind jedoch nicht Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Studie.

In der vorliegenden Studie stellt **Kapitel 2** zunächst das methodische Vorgehen detaillierter dar. Die Recherche, Befragungs- und Interviewmodule sowie die den Aussagen der Studie zugrunde liegenden Stichproben werden beschrieben. **Kapitel 3** gibt einen Überblick über den Bestand und die Struktur der Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitswesen im Allgemeinen und beschreibt somit die potenziell auch bei Diskriminierung angefragten Anlauf- und Beschwerdestellen. Der Ergebnisteil stellt zunächst in **Kapitel 4** die Perspektive der Betroffenen und Rat-suchenden auf die Anlauf- und Beschwerdestrukturen aus der Erfahrung von Expert*innen dar, die Interessen von Diskriminierung betroffenen Menschen vertreten und/oder diese beraten. Im **Kapitel 5** wird die Sicht der Akteure zum Anfrageaufkommen und zu den Arbeitsweisen von Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens im Kontext von Diskriminierungserfahrungen beschrieben und analysiert.

Unterschieden wird dabei in Anlauf- und Beschwerdestellen von

- Krankenhäusern und Rehakliniken,
- Institutionen der Selbstverwaltung, wie zum Beispiel die Ärztekammern,
- von der Leistungserbringung unabhängigen, übergeordneten Institutionen und Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie zum Beispiel die Gesundheitsämter.

Der Bericht schließt mit Handlungsmöglichkeiten für ein verbessertes Beratungs- und Beschwerdeangebot bei Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen (Kapitel 7). Im Anhang sind Beispiele für Angebote von Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitswesen und Kontaktdaten zentraler Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens dokumentiert.

2 Methodisches Vorgehen

Die Studie basiert auf vier zentralen Bausteinen:

1. Im ersten Schritt wurden über eine **systematische Recherche** bestehende **Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens** identifiziert. Diese wurden als Grundgesamtheit der potenziell auch für Anfragen bei Diskriminierungserfahrungen zuständigen Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens definiert und in einer Adressdatenbank dokumentiert.
2. Die Perspektive der Betroffenen und Ratsuchenden auf den Umgang dieser Anlauf- und Beschwerdestrukturen mit Diskriminierungserfahrungen wurde anhand von leitfadengestützten **Fokusgruppen und Interviews mit Expert*innen** erhoben.
3. Die identifizierten **Anlauf- und Beschwerdestellen** wurden anschließend in einer **Onlinebefragung** zum Aufkommen und Umgang mit Anfragen bei Diskriminierungserfahrungen interviewt.
4. Die vertiefende Analyse der Arbeitsweise der Anlauf- und Beschwerdestellen erfolgte schließlich anhand von **Fallstudien** zu den als zentral identifizierten Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens.

2.1 Projektmodule

1. Systematische Recherche von Anlauf- und Beschwerdestellen

In der ersten Phase des Studienprojekts führte das Forschungsteam eine **systematische Recherche von Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitswesen** durch. Dieser wurde die Übersicht über das Gesundheitssystem des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zugrunde gelegt, die die **Strukturen der Gesundheitsversorgung in ihren Einrichtungen, Organisationen und Institutionen sowie deren Funktionen im Gesundheitssystem in einem Schaubild zusammenfassend darstellt (BMG 2022)**. Daraus extrahiert wurden in einem ersten Schritt Einrichtungen, Organisationen und Institutionen, die entweder Patient*innen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung unmittelbar versorgen oder die diese verwalten beziehungsweise beaufsichtigen. Sie erfüllendeme entsprechend im Gesundheitssystem folgende Funktionen (ebenda):

- Prävention und gesundheitliche Versorgung,
- Selbstverwaltung dieser Einrichtungen der Prävention und gesundheitlichen Versorgung,
- Information und Beratung,
- Aufsicht.

Über eine Internetrecherche wurde ermittelt, welche dieser Einrichtungen, Organisationen und Institutionen grundsätzlich über Anlauf- und Beschwerdestellen beziehungsweise Kontaktdaten für Patient*innen verfügt.

Im letzten Schritt der systematischen Recherche wurde mit Rückgriff auf offizielle Datenquellen sowie Internetrecherchen eine Adressdatenbank erstellt, die alle Kontaktdaten der Einrichtungen Institutionen umfasst. Zentrale offizielle Datenquellen, die in die Recherche eingeflossen sind:

- Die jährlichen Strukturieren Qualitätsberichte (SQB) der Krankenhäuser gemäß § 136b Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V enthalten gemäß den Musterberichten auch den Namen und die Kontaktdaten (E-Mail-Adresse) der Patient*innenfürsprecher*innen und der Beschwerdemanager*innen. SQB-Daten lagen zum Recherchezeitpunkt für das Jahr 2021 vor.
- Das Statistische Bundesamt veröffentlicht ein Verzeichnis der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Es enthielt zum Recherchezeitpunkt die Rehakliniken in Deutschland mit allgemeinen Kontaktdaten.
- Das Robert Koch-Institut bietet auf seinen Internetseiten eine Suche aller Gesundheitsämter nach Postleitzahl und Ort an. Hier wurden die Adressen der Gesundheitsämter recherchiert.
- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) veröffentlicht auf seinen Internetseiten eine aktuelle Liste der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland.

Die übrigen Einrichtungen und Institutionen wurden anhand einer Internetrecherche erhoben und mit allgemeinen Kontaktdaten oder Kontaktdaten von Anlaufstellen für Patient*innen in der Adressdatenbank dokumentiert. Die Ergebnisse der Recherche sind in Kapitel 3 dargestellt.

Der Recherche der Angebote zu Anlauf- und Beschwerdestellen liegt das beschriebene systematische Vorgehen der Recherche der Anlauf- und Beschwerdestellen der offiziellen Strukturen des Gesundheitswesens zugrunde. Dieses Vorgehen kann dennoch nicht ausschließen, dass Angebote von Anlauf- beziehungsweise Beschwerdestellen übersehen wurden. Das gilt insbesondere für lokale Angebote, aber auch für seltene Anlauf- und Beschwerdestellen mit explizitem Diskriminierungsbezug in ansonsten überwiegend eher allgemein aufgestellten Beschwerdestrukturen (zum Beispiel Beschwerdemanagementabteilungen von Krankenhäusern). Die Darstellung im vorliegenden Forschungsbericht bezieht sich somit verstärkt auf die **verbreiteten** Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitswesen. In den Fallstudien werden zwar auch besondere Anlaufstellen mit *Guter Praxis* beschrieben, die Studie hat jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit aller diesbezüglichen Angebote des Gesundheitswesens.

2. Fokusgruppen und Expert*inneninterviews zur Betroffenenperspektive

Ergänzend zur Befragung der Anlauf- und Beschwerdestellen wurden Fokusgruppen und Expert*inneninterviews zur Perspektive der Betroffenen durchgeführt. Ziel war es, einen Eindruck davon zu erhalten, welche Beschwerde- und Anlaufstellen Betroffenen von Diskriminierung im Gesundheitswesen **bekannt sind** und **an wen und mit welchen Bedarfen beziehungsweise Anliegen** sich Betroffene nach Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen wenden und welche Erfahrungen mit den Anlauf- und Beschwerdestellen bisher gesammelt wurden.

Die Erhebung der Perspektive von Personen, die Diskriminierung im Gesundheitsbereich erleben, kann grundsätzlich auf unterschiedliche Weise erfolgen. Da anhand der Studienlage davon auszugehen ist, dass es bei Diskriminierungserfahrungen nicht regelmäßig zu einer **Beschwerde oder Ansprache der Anlaufstellen im Gesundheitswesen** kommt (Beigang et al. 2017), sind Personen, die als Betroffene von Erfahrungen mit den Anlauf- und Beschwerdestellen berichten können, **selten** und damit ist der Zugang zu Interviews im Rahmen eines Forschungsprojektes erschwert. Auch aufgrund der Sensibilität der Diskriminierungsthematik und des engen Fokus der Studie, der weniger auf den Inhalten der Diskriminierungserfahrungen, sondern auf den Potenzialen der Anlauf- und Beschwerdestellen liegt, wurde davon abgesehen, direkte Interviews mit Personen zu führen, die Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen gemacht haben. Als Format für diesen Teil der Bestandsaufnahme wurden stattdessen **Fokusgruppeninterviews mit Expert*innen** gewählt. Hierzu wurden Expert*innen aus **verschiedenen**

(Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen und Betroffenenverbänden ausgewählt, die mit Menschen arbeiten, die potenziell Diskriminierung im Gesundheitswesen erleben. Die Ansprache der Expert*innen aus Beratungsstellen und Betroffenenverbänden erfolgte in Abstimmung mit der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Dafür wurden aus der Beratungsstellenlandkarte der Antidiskriminierungsstelle des Bundes zur Beratungsstellensuche diejenigen Betroffenenverbände ausgewählt, die in direktem Austausch mit Betroffenen stehen, sowie (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen. Betroffenenverbände wurden in Bezug auf alle für die Studie relevanten Diskriminierungsmerkmale ausgewählt (**ethnische Herkunft / rassistische Diskriminierung, Religion oder Weltanschauung, Geschlecht, Geschlechtsidentität oder sexuellen Identität** sowie aufgrund **des Alters, einer Behinderung oder einer chronischen Erkrankung, des Körpergewichts oder des sozialen Status**). Die Betroffenenverbände und (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen wurden daraufhin angeschrieben, ob Ansprechpartner*innen von ihnen aus Betroffenen­sicht zu den Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen und seinen Anlauf- und Beschwerdestellen berichten können. Durch die Expert*innen, die bereit waren, an den Fokusgruppen teilzunehmen, konnten die Erfahrungen von Betroffenen, die Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitsbereich anhand des Geschlechts, des sozialen Status und der ethnischen Herkunft / Religion beziehungsweise mit rassistischem Hintergrund nur teilweise abgebildet werden. Dies lag im Wesentlichen daran, dass Betroffenenverbände und (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen zu diesen Themenbereichen teilweise sehr spezifisch Ratsuchende betreuen, sodass das Gesundheitswesen in der Beratungsarbeit eine zu geringe Rolle spielt, da andere Themen dort im Vordergrund stehen (zum Beispiel Hilfe für Frauen bei familiärer Gewalt oder Unterstützung von Menschen, die arbeitssuchend sind) oder der Zugang zum Gesundheitswesen insgesamt eingeschränkt ist (zum Beispiel bei Betroffenenverbänden für Menschen, die von Obdachlosigkeit betroffen sind oder einen Geflüchtetenstatus haben).

Für die qualitativen Fokusgruppeninterviews mit den Expert*innen wurde ein Leitfaden entwickelt. Dieser umfasste folgende Themen:

- Bekanntheit von Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens
- Kontakt zu und Zusammenarbeit mit Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens
- Verweisberatung zu Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens
- Erfahrungen mit Beschwerden bei Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen
- Verbesserungspotenziale der Anlauf- und Beschwerdestellen im Umgang mit Diskriminierungserfahrungen

An zwei Online-Fokusgruppen im **Februar 2022** im Umfang von jeweils zwei Stunden haben Expert*innen folgender Institutionen teilgenommen (in alphabetischer Reihenfolge):

- Aids-Hilfe Saar e. V.
- Antidiskriminierungsberatung Alter oder Behinderung der Landesvereinigung Selbsthilfe Berlin e. V.
- Antidiskriminierungsnetzwerk Berlin des Türkischen Bundes in Berlin-Brandenburg
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e. V. (BAGSO)
- Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V.
- Eltern beraten Eltern mit und ohne Behinderung e. V.
- Gesellschaft gegen Gewichtsdiskriminierung e. V.
- Intergeschlechtliche Menschen e. V. Bundesverband
- Kontaktstelle HIV bedingte Diskriminierung/ Deutsche Aidshilfe e. V.
- Mother Hood e. V.

- OFEK e.V.
- Rosa Strippe e.V.
- Selbsthilfeorganisation Trans-Ident e.V. & TransInterQueer e.V.
- StandUp – Antidiskriminierungsprojekt der Schwulenberatung Berlin

Die Fokusgruppen-Interviews wurden **aufgezeichnet, transkribiert, anonymisiert** und mithilfe des Textanalyseprogramms MAXQDA **ausgewertet**. Die in den Fokusgruppen erhobenen Erkenntnisse wurden hinsichtlich der Leitfragen des Leitfadens kategorisiert und analysiert. Dabei wurde die strukturierte **Inhaltsanalyse** nach Mayring angewendet. **Gesprächsausschnitte** werden zudem in der Ergebnisdarstellung auch wörtlich zitiert.

Ergänzend fanden drei **Expert*inneninterviews** mit Ansprechpartner*innen der **Beratungsstelle der Antidiskriminierungsstelle des Bundes** sowie einer **juristischen Referentin der Antidiskriminierungsstelle des Bundes** statt, um die Prozesse und rechtlichen Rahmenbedingungen der Anlauf- und Beschwerdestellen in der Beschwerdebearbeitung und Beratung mit der Arbeit unabhängiger Stellen außerhalb des Gesundheitswesens einordnen zu können sowie um auch hier Erfahrungen mit der **Verweisberatung** zu Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens zu erheben. Diese Expert*inneninterviews fanden im November 2021 und im Juni 2022 statt.

3. Onlinebefragung der Anlauf- und Beschwerdestellen

Im Anschluss an die systematische Recherche erfolgte eine Onlinebefragung der in der Recherche identifizierten Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens zu den Zuständigkeiten, dem Beratungs- und Beschwerdeaufkommen sowie den Kompetenzen der Anlaufstellen im Diskriminierungsfall. Ziel der Onlinebefragung war eine möglichst umfassende Bestandsaufnahme des Gesundheitswesens in Hinblick auf das entsprechende Potenzial der Beschwerde- und Beratungsmöglichkeiten.

Der Fragebogen für die Onlinebefragung wurde auf der Basis der Forschungsfragen zum Umgang mit Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen sowie auf der Grundlage der wissenschaftlichen Literatur zum Beschwerdemanagement im Gesundheitswesen und entsprechender dazu veröffentlichter Richtlinien/Vorgaben entwickelt. Die Literatur und die Richtlinien beziehen sich überwiegend auf die professionelle Abwicklung von Anfragen über alle Phasen eines Beschwerdeprozesses (vergleiche aQua 2017, BBfG 2019, Gemeinsamer Bundesausschuss 2012, Poser & Pross-Löhner [ohne Jahresangabe], Stauss & Schöler 2003, Stauss & Seidel 2019a/2019b, Weber 1999). Diese Phasen eines professionellen Beschwerdemanagements sind:

- Information der Patient*innen zu Beschwerdemöglichkeiten
- Beschwerdeannahme: Abweisen oder Aufgreifen der Beschwerde
- Erfassung der Beschwerdegeschichte aus Betroffenenensicht
- Erfassung der Sicht der Beschuldigten
- Bewertung der Beschwerde
- Beschwerdedokumentation
- Umsetzung von Standards in der Bearbeitung der Beschwerde
- Beratung der Betroffenen zu möglichen weiteren Schritten
- Veranlassung von Verbesserungsmaßnahmen
- Überprüfung der Wirksamkeit von Verbesserungsmaßnahmen
- Betroffene über den Beschwerdeverlauf informieren
- Bearbeitungsdauer

Teilweise konnten die Fragen zum Prozess der Bearbeitung von Anfragen sowie dafür relevante Kompetenzen dabei in Anlehnung an bestehende Erhebungsinstrumenten im Beschwerdemanagement gestellt werden (vergleiche Gratiar Krankenhausberatung 2015, Healthcare NHS Trust [ohne Jahresangabe], Jeddi et al. 2015, Jussli-Melchers et al. 2018, Frauenhauskoordination e. V. 2019, Krumpaszky et al. 2012, Scheday 2017, Walser 2005).

Für die weitere Betrachtung und Analyse werden **Beschwerdestellen** und **Anlaufstellen** unterschieden (s. **Kasten**). Inwieweit es sich bei den Kontaktmöglichkeiten des Gesundheitswesens für Patient*innen um Anlauf- oder Beschwerdestellen **bei Diskriminierungserfahrungen** handelt, konnte durch die systematische Recherche nur in Ansätzen ermittelt werden und ist somit Inhalt der Onlinebefragung. Dementsprechend wurden Fragen entwickelt, die die Unterscheidung des Angebots der befragten Einrichtungen und Institutionen erlaubt.

Weitere diskriminierungsspezifische Themenbereiche der Onlinebefragung, für die Fragen entwickelt wurden, sind:

- Zuständigkeit für Anfragen mit Diskriminierungsbezug,
- Aufkommen und Inhalt der Anfragen hinsichtlich der Diskriminierungsmerkmale und Diskriminierungsformen nach AGG,
- Kompetenzen und Richtlinien zu Antidiskriminierung und entsprechender Beratung in der befragten Einrichtung,
- Informationen zum Angebot der Anlauf- und Beschwerdestellen im Diskriminierungsfall,
- Herausforderungen und Unterstützungsbedarfe bei Anfragen mit Diskriminierungsbezug.

Abgrenzung Anlaufstellen versus Beschwerdestellen

Anlaufstellen sind Stellen innerhalb des Gesundheitssystems, die Beratungsanfragen oder Beschwerden im Behandlungskontext von Patient*innen annehmen, dazu beraten, sie einordnen und gegebenenfalls eine Beschwerde vorbereiten oder an andere Stellen verweisen, die die Beschwerde weiterverfolgen können. Sie ermöglichen das Sprechen im geschützten Raum („Offenes Ohr“), bieten eine psychosoziale Beratung sowie gegebenenfalls eine erste Rechtsberatung zur Einordnung der Diskriminierungserfahrung anhand der Rechtslage an. Anlaufstellen können eine Verweisberatung zu zuständigen Stellen im Gesundheitswesen oder zu Beratungsstellen außerhalb des Gesundheitswesens durchführen (im Diskriminierungsfall zum Beispiel zu Beauftragten, Antidiskriminierungsberatungsstellen, Verbraucherschutz, Rechtsanwält*innen und so weiter) und gegebenenfalls die Aufgabe der Mediation im Beschwerdeprozess übernehmen.

Unter qualifizierten Beschwerdestellen werden dagegen Stellen im Gesundheitssystem verstanden, die über die Beratung hinaus formale Beschwerdeverfahren durchführen und zu einer Prüfung der Beschwerde befugt sind. Sie haben ein formales Auskunftsrecht gegenüber den Beschuldigten und können Akteneinsicht beantragen. Die Beschwerdestelle kann gegebenenfalls externe Mediation, Weiterbildungen beziehungsweise Sensibilisierungsformate oder die Einbeziehung anderer Stellen/Vorgesetzter/Dritter innerhalb der betreffenden Institution veranlassen.

Schriftliche Interventionen (zum Beispiel Beschwerdebrief, Bitte um Stellungnahme) oder **dialogische Intervention** (zum Beispiel Vermittlungsgespräch) werden in der Regel von qualifizierten Beschwerdestellen durchgeführt, können jedoch auch von Anlaufstellen initiiert werden.

Die Befragung fand im Zeitraum vom 26. Januar 2022 bis 16. März 2022 in Form einer quantitativen Onlinebefragung statt und umfasste eine möglichst große Zahl an angeschriebenen Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens.

Im Rahmen der Onlinebefragung wurden insgesamt **3.445 Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens** angeschrieben (Tabelle 1). In einer **Vollerhebung¹** wurden das **Beschwerde-management** und die **Patient*innenfürsprecher*innen von allen Krankenhäusern im Bundesgebiet, für die Angaben dazu in den strukturierten Qualitätsberichten vorlagen**, sowie die allgemeinen Kontaktadressen von **allen Rehakliniken** des Verzeichnis des statistischen Bundesamtes kontaktiert. Angeschrieben wurden zudem alle 376 Gesundheitsämter sowie die 15 Medizinischen Dienste. Ferner wurden für die Selbstverwaltung und die Verbände die **Kammern der Ärzt*innen, Zahn*ärztinnen, Psychotherapeut*innen und Apotheken**, die **Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (K[Z]V)** sowie die **Verbände der Heilmittelerbringer², der Hebammen/Entbindungspflegern und Osteopathen** auf Bundes- und, falls vorhanden, auch auf Landesebene und alle zum Befragungszeitpunkt gelisteten **100 gesetzlichen Krankenkassen** angeschrieben. Neben diesen Institutionen wurden außerdem vier **übergeordnete Institutionen/Einrichtungen des Gesundheitswesens** angeschrieben: die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD), der Menschenrechtsbeauftragte der Landesärztekammer Hessen, die Geschäftsstelle der Patient*innenbeauftragten der Bundesregierung sowie die Bundesverbände Patientenfürsprecher in Krankenhäusern e. V. und Beschwerdemanagement für Gesundheitseinrichtungen e. V.

Insgesamt wurden 3.445 E-Mails versendet. Aufgrund von teils ungültigen E-Mail-Adressen konnten 3.042 E-Mails zugestellt werden (bereinigte Bruttostichprobe). Hiervon nahmen **606 Stellen** an der Onlinebefragung teil. Dies entspricht einem **Rücklauf von rund 20 Prozent (19,9 Prozent)**. Die durchschnittliche Dauer für die Beantwortung der Fragen lag bei 23 Minuten. Tabelle 1 gibt einen Überblick über den Rücklauf gegliedert nach Zielgruppen der Befragung. Für die Bestimmung des Rücklaufs wurden die Teilnehmer*innen anhand der ihnen zugesendeten individuellen Zugangstoken den angeschriebenen Zielgruppen zugeordnet. Die Darstellungen der Ergebnisse im weiteren Verlauf des Berichts basieren hingegen auf den anonym ausgewerteten Daten und der durch die Teilnehmer*innen vorgenommenen eigenen Zuordnungen zu den Institutionen des Gesundheitswesens in der Befragung. Diese weichen gegebenenfalls von den Kategorien der Befragungseinladung an die Zielgruppen ab, zum Beispiel aufgrund von Weiterleitungen.

Der Befragungsteilnahme war bei den Anlauf- und Beratungsstellen in Rehakliniken deutlich geringer ausgeprägt als bei den anderen Anlauf- und Beschwerdestellen. Dies ist gegebenenfalls damit zu begründen, dass hier lediglich die allgemeinen Kontaktadressen der Einrichtungen vorlagen und somit nicht gezielt die Ansprechpersonen der jeweiligen Einrichtung kontaktiert werden konnten, die für Patient*innenanfragen zuständig sind. Mit 30 Prozent war der Rücklauf beim Beschwerdemanagement der Krankenhäuser am höchsten. In der Nettostichprobe befinden sich außerdem 16 Teilnehmer*innen, die in der Bestimmung des Rücklaufs keiner Befragungszielgruppe zugeordnet werden können. Grund hierfür ist, dass diese ohne die zugesendeten Zugangsdaten an der Befragung teilnahmen und deshalb eine Zuordnung nicht möglich ist.

1 In einer Vollerhebung werden alle Mitglieder einer Grundgesamtheit in die Studie aufgenommen und zur Befragung eingeladen (zum Beispiel alle Krankenhäuser). Es findet keine Auswahl in Form einer Stichprobe statt.

2 Im Rahmen der gesetzlichen Krankenkasse erstattete Heilmittel sind Maßnahmen der Physiotherapie, der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie, der Ergotherapie, der Podologie sowie der Ernährungstherapie.

Tabelle 1: Rücklauf nach Befragungszielgruppen

Befragungszielgruppe	Brutto- stichprobe	Bereinigte Bruttostich- probe	Netto- stichprobe	Rücklauf in Prozent
Beschwerdemanagement Krankenhaus	1.008	917	276	30,1
Patient*innen- fürsprecher*innen Krankenhaus	1.198	1.041	197	18,9
Rehakliniken	913	760	35	4,6
Gesundheitsämter	376	376	54	14,4
Institutionen der Selbst- verwaltung, Gesundheits- ämter und med. Dienste, Einzelne Institutionen	326	324	82	25,3
<i>Unbekannt</i>			16	
Gesamt	3.445	3.042	606	19,9

Quelle: IGES

Anmerkung: „unbekannte“ Fälle haben unabhängig von den zugesendeten Zugangsdaten an der Befragung teilgenommen und konnten den Strukturen nicht zugeordnet werden.

4. Fallstudien

Aufbauend auf den vorherigen Projektschritten erfolgte die **Analyse der Arbeitsweisen** der identifizierten Beschwerde- und Anlaufstellen bei **Beratung und Beschwerdebearbeitung** mit Diskriminierungsbezug in Form von Fallstudien. Ziel der Fallstudien war es, herauszuarbeiten, wie die vorhandenen Anlauf- und Beschwerdestrukturen im Gesundheitswesen allgemein funktionieren und welche **Mandate, Arbeitsweisen, Unterstützungsangebote** und **Handlungsoptionen** die Stellen im Diskriminierungsfall haben.

Im Rahmen von Fallstudien wird generell ein typischer (oder untypischer) **Einzelfall** (das heißt eine Person, ein Ereignis, eine Institution et cetera) umfassend untersucht, wobei unterschiedliche Datenerhebungsmethoden zum Einsatz kommen. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden Interviews, Fragebogenergebnisse und Internet- und Dokumentenanalyse verknüpft. Die quantitativen Ergebnisse aus der Onlinebefragung zur Arbeitsweise und zu den Kompetenzen konnten genutzt werden, um grundsätzliche Prozessinformationen zu den Beschwerdevorgängen zu erheben und zu erfassen, ob es sich um Anlauf- und Beratungsstellen oder Beschwerdestellen handelt. Diese Informationen konnten systematisch mit **Interviews mit Verantwortlichen einzelner Anlauf- und Beratungsstellen** sowie von diesen zur Verfügung gestellten Dokumenten, zum Beispiel Richtlinien, Berichte oder Informationsmaterialien, sowie Informationen von Internetseiten oder online verfügbaren Informationsmaterialien ergänzt werden. Im Kern der Fragestellung der Fallstudien stehen die Möglichkeiten, die die Anlauf- und Beschwerdestellen im Umgang mit Anfragen mit Diskriminierungsbezug haben und wie sich diese in den Arbeitsweisen

und Arbeitsgrundlagen widerspiegelt. Hierbei wurden **Potenziale** und **Verbesserungsmöglichkeiten** der vorhandenen Beschwerde- und Anlaufstellen für Beratung und Beschwerden mit Diskriminierungsbezug herausgearbeitet.

Zur Auswahl der **Fallstudien** wurden die Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens aus allen drei abgrenzbaren Gruppen ausgewählt, die sich aus der systematischen Recherche und der Onlinebefragung als zentral für Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens ergeben haben: Krankenhäuser/Rehakliniken, Selbstverwaltung³ und übergeordnete Institutionen des Gesundheitswesens. Zusätzlich erfolgte die Auswahl anhand der in der systematischen Recherche und der Onlinebefragung identifizierten Relevanz der Anlauf- und Beschwerdestellen für Betroffene, möglichst umfassend Beratung zu erhalten oder möglichst effektiv Beschwerdeprozesse anstoßen zu können (vergleiche Kapitel 3).

Für die Kategorie „**Eigene Anlauf- und Beschwerdestellen der Krankenhäuser und Rehakliniken**“ wurden zwei Fallstudien durchgeführt:

- Fallstudie „Patient*innenfürsprecher*innen in Krankenhäusern“
- Fallstudie „Beschwerdemanagement in Krankenhäusern“

Für die Kategorie „**Anlauf- und Beschwerdestellen der Selbstverwaltung**“ wurden zwei Fallstudien durchgeführt:

- Fallstudie „Ärzte- und Psychotherapeutenkammern“
- Fallstudie „Hebammenverband“

Für die Kategorie „**Übergeordnete Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens**“ wurden drei Fallstudien durchgeführt:

- Fallstudie „Gesundheitsämter“
- Fallstudie „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“
- Fallstudie „Patient*innenbeauftragte von Bund/Ländern“

Zentrales Element der Fallstudien war die Durchführung leitfadengestützter **Expert*inneninterviews**, in denen zudem Dokumente oder Internetseiten, die für den Umgang mit Diskriminierungsfällen relevant sind, erfragt wurden.

Für die Erhebung, Analyse und Darstellung der Fallstudie wurden **Kriterien** erarbeitet, nach denen die Beratungs- und **Beschwerdeprozesse** systematisch und vergleichbar beschrieben sowie die Qualität dieser Prozesse im Umgang mit Diskriminierungserfahrungen bewertet werden konnten. Diese Kriterien orientieren sich an den zugrunde liegenden Forschungsfragen der Studie sowie den Ergebnissen aus der Onlinebefragung und wurden zu einem **Leitfaden** der Interviews für die Fallstudien ausgearbeitet. Der Leitfaden umfasst diese Themen:

3 In Deutschland gilt das Prinzip der Selbstverwaltung: Der Staat gibt zwar die gesetzlichen Rahmenbedingungen und Aufgaben vor, die Versicherten und Beitragszahler sowie die Leistungserbringer organisieren sich jedoch selbst in Verbänden, die in eigener Verantwortung die medizinische Versorgung der Bevölkerung übernehmen (Quelle: BMG, ohne Jahresangabe a).

- Selbstverständnis der Stelle und Verständnis von Diskriminierung
- Aufkommen von Anfragen beziehungsweise Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen
- Beratungs- und Beschwerdeprozess
- Informationen für Patient*innen über das Angebot der Anlauf- oder Beschwerdestelle
- Kompetenzen
- Herausforderungen, Potenziale und Verbesserungsmöglichkeiten

Erhoben wurden zudem die **rechtlichen Rahmenbedingungen** der Anlauf- und Beschwerdestellen in der Bearbeitung von Anfragen mit Diskriminierungsbezug.

Für jeden der genannten Aspekte wurde herausgearbeitet, inwiefern der Umgang mit Diskriminierungserfahrungen in den Beratungs- und Beschwerdestellen qualifiziert erfolgt und systematisch von der jeweiligen Organisation in den Strukturen und rechtlichen Bedingungen unterstützt wird, zum Beispiel durch Richtlinien oder Schulungen. Eine hohe Qualität des Umgangs mit Diskriminierungserfahrungen ist demnach dann in den Beratungs- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens gegeben, wenn ein niedrigschwelliges Beschwerdemanagement beziehungsweise niedrigschwellige Beratung kontinuierlich von Ansprechpartner*innen mit Antidiskriminierungskompetenz angeboten wird.

Weiterer zentraler Inhalt der Expert*inneninterviews war die Darstellung von typischen **Fällen** das heißt konkreten Beschwerde- beziehungsweise Beratungsbeispielen mit Diskriminierungsbezug für die unterschiedlichen Diskriminierungsmerkmale und Diskriminierungsformen aus der Arbeit der untersuchten Anlauf- und Beschwerdestellen. Ergänzend wurden über alle Fallstudien hinweg gleiche **Fallvignetten**⁴ hinzugezogen. Die Fallvignetten wurden eingesetzt, um den vollständigen Beratungs- und Beschwerdeprozess vergleichbar zu erheben, falls die Anlauf- und Beschwerdestellen diesen bisher nicht hinreichend abdecken sollten. Die Fallvignetten wurden an Diskriminierungssituationen, die im Vierten gemeinsamen Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbereich betroffenen Beauftragten der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages (2021) zum Gesundheitswesen beschrieben wurden, angelehnt. Beschrieben wurden zwei Situationen, in denen Personen aufgrund ihrer Religion (ungerechtfertigte Forderung eines Arztes, das Kopftuch in der Behandlung abzunehmen) und aufgrund einer HIV-Infektion (Behandlungsverweigerung, Verletzung des Datenschutzes gegenüber Mitpatient*innen) benachteiligt wurden.

Die **Bewertung des Angebots** der Anlaufstellen hinsichtlich ihrer Möglichkeiten, eine niedrigschwellige Beratung für von Diskriminierung Betroffene anzubieten, erfolgt in den Fallstudien zunächst über die Bewertung der Zugangsmöglichkeiten im Fall von Diskriminierungserfahrungen und entsprechende Mandate der Anlaufstellen für Patient*innen. Zudem wurden in Anlehnung an die Standards der Antidiskriminierungsberatung (ADS 2015, advd 2015) der Bewertung der Angebote Kriterien zugrunde gelegt, die für eine hilfreiche Beratung und Beschwerdebearbeitung bei Diskriminierung für zentral angesehen werden. Insgesamt ergeben sich somit folgende Bewertungskriterien:

4 Fallvignetten sind textliche Beschreibungen oder bildliche Darstellungen einer für eine Fragestellung typischen und authentischen Situation. Sie enthalten relevante Bewertungs- und Beschreibungsdimensionen der Fragestellung und können der praxisorientierten Vermittlung oder Abfrage von Wissen, Prozessen oder Einstellungen dienen.

1. Struktur und Zuständigkeiten der Anlauf- und Beschwerdestellen

- Anlaufstelle ja/nein
- Beschwerdebearbeitung versus Beratungsstelle mit Verweisberatung
- Persönliche Begleitung versus schriftliche Beschwerdebearbeitung

2. Information und Zugang zu Beratung und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen

- Zuständigkeit der Anlaufstelle
- Information der Patient*innen zu Zuständigkeit bei Diskriminierungserfahrungen / Niedrigschwelligkeit der Angebote
- Schriftliche Information der Patient*innen zu den Beschwerde- und Beratungsmöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen

3. Kompetenzen der Institutionen sowie der Ansprechpartner*innen bei den Anlauf- und Beschwerdestellen im Fall von Diskriminierung

- Diskriminierungsverständnis (zum Beispiel Alltagsverständnis und Definition nach AGG)
- Schulungsunterlagen zum Umgang mit Anfragen und Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen oder mit Diskriminierungshintergrund
- Richtlinien zum Umgang mit Anfragen und Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen
- Antidiskriminierungskompetenzen der Beratenden, zum Beispiel zum Erkennen und Benennen von Diskriminierung sowie zur Beurteilung, ob es sich bei Diskriminierungsvorwürfen um Diskriminierung handelt oder nicht, oder zur aktiven Beratung der Betroffenen zu ihren Patient*innenrechten, dem Aufzeigen verschiedener Handlungsalternativen der Anlaufstelle und gegebenenfalls weiteren Stellen oder eine (ergänzende) Verweisberatung im Fall von Diskriminierung
- Maßnahmen des Diskriminierungsschutzes (gerichtliche oder außergerichtliche, vermittelnde oder konfrontative, sanktionierende und entschädigende Interventionen)
- Gegebenenfalls strukturelle/institutionelle Maßnahmen und Projekte zu diskriminierungsfreiem Zugang zur Gesundheitsversorgung (fallübergreifende Interventionen)

Für die **Gewinnung der Interviewpartner*innen** wurden die Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens bereits im Rahmen der Onlinebefragung zu ihrer Bereitschaft, an einer qualitativen Fallstudie teilzunehmen, befragt und daraufhin kontaktiert. Pro Fallstudie wurde angestrebt, wenn möglich zwei Einrichtungen einzubeziehen. Die Expert*inneninterviews fanden im Zeitraum **Juni bis September 2022** im Umfang von 1,5 bis zwei Stunden statt. Von den Interviews wurden Audiomitschnitte erstellt und im Nachgang transkribiert und anonymisiert. Die Interviews wurden für die Erstellung der Fallstudien inhaltsanalytisch **ergebnisorientiert ausgewertet und hinsichtlich der Struktur und Bewertungskriterien der Fallstudien geordnet**. Wenn mehrere Interviews geführt wurden, konnten alle Ergebnisse zu einer inhaltlichen Kategorie zusammengefasst werden. Die Expert*inneninterviews wurden, soweit vorhanden, um die **Analyse von internen Dokumenten** der Stellen sowie ihrer Verbände ergänzt, die für die Bearbeitung und Dokumentation von Anfragen beziehungsweise Beschwerden relevant sind (zum Beispiel Dokumentationssysteme, Richtlinien, Informationsmaterialien). Die Fallstudien wurden den Teilnehmenden der Interviews zur Prüfung zur Verfügung gestellt.

2.2 Abgrenzungen und Limitationen

Aufgrund der Fokussierung auf den Umgang von Anlauf- und Beschwerdestellen mit Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen kann die Studie insbesondere zu folgenden Themenbereichen **explizit keine Erkenntnisse liefern**:

- **Darstellung von Diskriminierung im Gesundheitswesen** hinsichtlich Aufkommen, betroffenen Merkmalen und Diskriminierungsformen (vergleiche dazu zum Beispiel Beigang et al. 2017, Bartig et al. 2021, DeZIM 2023),
- Diskriminierungserfahrungen von **Mitarbeiter*innen** des Gesundheitswesens (vergleiche dazu zum Beispiel Bartig et al. 2021). Diese Diskriminierungserfahrungen sowie Diskriminierung der Patient*innen untereinander wurden als von den Befragten jedoch auch in der vorliegenden Studie als sehr relevant in den verschiedenen Befragungsmodulen angesprochen,
- **strukturelle Diskriminierung** im Gesundheitswesen sowie entsprechende **Maßnahmen**, die von den Akteur*innen des Gesundheitswesens gegen Diskriminierung unternommen werden,
- Beratungs- beziehungsweise Beschwerdeaufkommen zu Diskriminierung bei individuellen, niedergelassenen (Zahn-)Ärzt*innen oder weiteren **individuellen Leistungserbringer*innen** im Gesundheitswesen, wie zum Beispiel Psychotherapeut*innen, Apotheker*innen, Physiotherapeut*innen, Hebammen/Entbindungspfleger*innen oder Heilpraktiker*innen und deren Umgang mit Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen.

Die Erhebung der Betroffenenperspektive strebt durch die Erhebung über Fokusgruppen mit Expert*innen keine Repräsentativität an und kann die Erfahrungen und Bedürfnisse von Menschen, die bisher aufgrund von Diskriminierungserfahrungen den Kontakt zu Anlauf- und Beschwerdestellen gesucht haben, nur sehr begrenzt beschreiben.

3 Struktur der Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen gliedert sich in Deutschland in die **ambulante** (zum Beispiel Ärzt*innenpraxen) und die **stationäre** (zum Beispiel Krankenhäuser) Gesundheitsversorgung, die zudem vertraglich an die gesetzliche Krankenversicherung gebunden sein oder privatwirtschaftlich angeboten werden kann. Die leistungserbringenden medizinischen Einrichtungen und Angehörigen der **Heil- und Gesundheitsberufe** werden berufsbezogen von Institutionen der **Selbstverwaltung** (zum Beispiel Krankenkassen oder [Zahn-]Ärzttekammern und Psychotherapeutenkammern) verwaltet. Übergeordnete staatliche Institutionen des Gesundheitswesens sind zudem die **Gesundheitsämter** und die **medizinischen Dienste** (vergleiche Kapitel 3.4).

Wie in Kapitel 2 zu dem methodischen Vorgehen des Forschungsberichts beschrieben, fokussiert sich die Bestandsaufnahme auf Einrichtungen und Institutionen, die unmittelbar an der Behandlung von Patient*innen beteiligt sind oder diese verwalten, beaufsichtigen oder in diesem Zusammenhang offizielle Beratungsaufgaben wahrnehmen. Krankenhäuser und Rehakliniken sind dabei die einzigen Einrichtungen, die Patient*innen behandeln und gleichzeitig so groß sind, dass sie auch über eigene Anlauf- und Beschwerdestellen verfügen. Für die übrigen Einrichtungen, die Patient*innen behandeln – überwiegend ambulante ärztliche und therapeutische Praxen –, nehmen überwiegend ausschließlich die Selbstverwaltung und übergeordnete Institutionen des Gesundheitswesens Beratungs- und Beschwerdefunktionen wahr.

Dementsprechend lassen sich auch die vorhandenen Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens in **drei Gruppen** kategorisieren, die in den folgenden Abschnitten näher beschrieben werden:

- Anlauf- und Beschwerdestellen der Krankenhäuser und Rehakliniken,
- Anlauf- und Beschwerdestellen der Selbstverwaltung, wie beispielsweise der Kammern und Krankenkassen,
- Anlauf- und Beschwerdestellen übergeordneter Institutionen des Gesundheitswesens, wie den Gesundheitsämtern oder den Patient*innenbeauftragten der Länder.

3.1 Beschwerdeanlässe im Gesundheitswesen

Das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz (AGG) hat zum Ziel, eine Benachteiligung zu verhindern oder zu beseitigen. Explizite Diskriminierungsformen, die im Gesetz genannt werden, sind unmittelbare oder mittelbare Benachteiligungen im Sinne einer weniger günstigen Behandlung, einer Belästigung, die bezweckt oder bewirkt, dass die Würde der betreffenden Person verletzt und ein von Einschüchterungen, Anfeindungen, Erniedrigungen, Entwürdigungen oder Beleidigungen gekennzeichnetes Umfeld geschaffen wird, sowie in Form einer sexuellen Belästigung (§ 3 AGG). Das Gesundheitswesen wird im AGG nicht konkret als Anwendungsbereich des Gesetzes genannt.

Die systematische Recherche der Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitswesen zeigt zunächst auf, dass ein Diskriminierungsschutz von Patient*innen bei den Akteuren des Gesundheitswesens in der Regel nicht auf dem AGG, sondern auf anderen Verordnungen und Gesetzen in Bezug auf die Patient*innen fußt. Da die Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens sich in der Regel auf die Sicherstellung dieser Regelungen und Gesetze beziehen, werden die wesentlichen rechtlichen Grundlagen im Folgenden überblicksartig dargestellt sowie hinsichtlich ihrer Reichweite für einen Diskriminierungsschutz eingeordnet und es wird beschrieben, welche Anlaufstellen entsprechende Zuständigkeiten aufweisen.

Berufsrecht

Das Berufsrecht, konkret die Berufsordnungen der verschiedenen Gesundheitsberufe, beinhaltet den stärksten Bezug zum Diskriminierungsschutz. Die Berufsordnungen enthalten Paragraphen sowie das vorangestellte Genfer Gelöbnis (vergleiche Kapitel 5.2.2), die in unterschiedlichen Formulierungen und unter Bezugnahme auf verschiedene Diskriminierungsmerkmale und -formen ein explizites Diskriminierungsverbot aussprechen. Unter anderem besteht in der ärztlichen Berufsordnung die Verhaltensregel: „Ärztinnen und Ärzte haben ihren Patientinnen und Patienten gebührende Aufmerksamkeit entgegenzubringen und mit Patientenkritik und Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt umzugehen“ (zum Beispiel Ärztekammer Hamburg 2021). Verstöße dagegen werden durch die Berufsaufsicht geahndet. Zuständig für die Sicherstellung der Einhaltung der Berufsordnung sind bei den verkammerten Berufen die Kammern (Ärzt*innen, Zahn*ärztinnen, Psychotherapeut*innen, Apotheker*innen), bei den nicht verkammerten Berufen die Gesundheitsämter (Gesundheitsberufe, wie zum Beispiel Physiotherapeut*innen, Hebammen/Entbindungspflegern oder Heilpraktiker*innen).

Teilnahme an der vertrags(zahn)ärztlichen beziehungsweise vertragspsychotherapeutischen Versorgung

Ärzt*innen, Zahnärzt*innen und Psychotherapeut*innen, die Patient*innen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung behandeln, erhalten nach § 95 SGB V entsprechende Kassenzulassungen. Mit diesen Zulassungen gehen Rechte und Pflichten einher. Die Praxen können mit den gesetzlichen Krankenversicherungen abrechnen und verpflichten sich dazu, gesetzlich versicherte Patient*innen zu behandeln. Die Praxen können die Behandlung von Kassenpatient*innen nur in begründeten Fällen ablehnen (§ 13 Abs. 7 Satz 2 BMV-Ä). Ein solcher Grund kann in einem fehlenden Vertrauensverhältnis, fehlenden fachlichen Fähigkeiten oder dem ungebührlichen Verhalten einer*eines Patient*in liegen. Auch im Falle medizinisch nicht indizierter Maßnahmen besteht kein Kontrahierungszwang (zum Beispiel Schönheitseingriffe). Ein wichtiger Grund liegt dabei nicht in der alleinigen Überschreitung von Budget- oder Fallzahlobergrenzen. Erst wenn aufgrund nicht vorhandener Sachmittel oder eines Übermaßes an Patient*innen eine Behandlung nach dem gebotenen Standard nicht mehr möglich ist, kommt die Ablehnung der Behandlung in Betracht. Im Falle einer unberechtigten Ablehnung hat der Kassenarzt ein vertragsärztliches Disziplinarverfahren durch die K(Z)Ven zu befürchten (Halbe 2018).

Notfallbehandlung

Ärzt*innen sehen sich im Rahmen ihrer Berufsausübung mit Situationen konfrontiert, in denen sie die Abweisung eines Notfallpatienten in Betracht ziehen müssen, beispielsweise bei einem hohen Andrang von Notfällen und daraus folgenden Überlastung der niedergelassenen Ärzt*innen. Ein medizinischer Notfall liegt vor, wenn bei Patient*innen gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, sofern sie nicht unverzüglich medizinische Hilfe erhalten. In einer solchen Situation trifft eine*n Ärzt*in zunächst einmal, wie jeden anderen Menschen auch, die allgemeine Pflicht zur Hilfeleistung aus § 323 c StGB. Der Straftatbestand stellt keine exklusive Pflicht für Ärzt*innen auf, der Umfang der Hilfemaßnahmen richtet sich jedoch nach den individuellen Fähigkeiten und Kenntnissen. Daher wird Ärzt*innen mit Sonderwissen oder ärztlichen Instrumenten in der Regel ein höheres Maß an Hilfe zumutbar sein als Lai*innen. Die Ärzt*innen müssen jedoch nur die unaufschiebbaren Maßnahmen ergreifen. Zu einer darüberhinausgehenden medizinischen Versorgung sind sie nicht verpflichtet (Halbe 2018).

Patient*innenrechtegesetz

Das Patient*innenrechtegesetz (PatRG) regelt die verschiedenen Patient*innenrechte, die sich nicht explizit auf Diskriminierung beziehen, jedoch als Konsequenz diskriminierenden Verhaltens relevant werden könnten. Diskriminierungsrelevante Regelungen beziehen sich beispielsweise auf die Vorgabe eines patient*innenorientierten Beschwerdemanagements in Krankenhäusern, Informationspflichten im Rahmen einer medizinischen Behandlung sowie dem Schutz vor Behandlungsfehlern.

Zu den **Mitwirkungs- und Informationspflichten** heißt es im § 630c BGB zum Behandlungsvertrag konkret, dass (1) Behandelnder und Patient*innen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken sollen und (2) der Behandelnde verpflichtet ist, den Patient*innen in verständlicher Weise zu Beginn der Behandlung und, soweit erforderlich, in deren Verlauf sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern, insbesondere die Diagnose, die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung, die Therapie und die zu und nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen.

Im Zusammenhang mit der konkreten medizinischen Behandlung bestehen mit den Patient*innenrechten demnach gegenüber behandelnden Ärzt*innen oder bei einer stationären Behandlung auch gegenüber dem Krankenhaus vertragliche Ansprüche auf eine **angemessene Aufklärung und Beratung** sowie auf eine **sorgfältige und qualifizierte Behandlung**. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen sind mit den Patient*innen abzustimmen. Sollte es zu einem Schadensfall kommen und ein verschuldeter ärztlicher Behandlungs- oder Aufklärungsfehler vorliegen, können Schadensersatz- und Schmerzensgeldansprüche bestehen (BMG ohne Jahresangabe b). Als medizinisches Fehlverhalten, das aus objektiver ärztlicher Sicht nicht mehr verständlich erscheint, definiert der BGH den „groben Behandlungsfehler“. In diesem Fall tritt für den Kausalzusammenhang zwischen dem festgestellten Behandlungsfehler und dem bei Patient*innen eingetretenen primären Gesundheitsschaden eine sogenannte **„Beweislastumkehr“** ein. Bei typischen Geschehensabläufen kann die Beweislast für Patient*innen durch einen sogenannten Beweis des ersten Anscheins gemildert werden (Beyerlin 2020).

Gutachterkommissionen oder Schlichtungsstellen prüfen im Auftrag der Patient*innen den Verdacht auf Behandlungsfehler und sind bei der jeweils zuständigen Landesärztekammer oder der Landeszahnärztekammer angesiedelt. Ebenfalls prüfen Krankenkassen über Gutachten des Medizinischen Dienstes Verdachtsfälle zu Behandlungsfehlern.

3.2 Anlauf- und Beschwerdestellen der medizinischen Einrichtungen

Eigene Anlauf- und Beschwerdestellen von medizinischen Einrichtungen gibt es nahezu **ausschließlich im stationären Sektor**. Insbesondere zugelassene Krankenhäuser nach Sozialgesetzbuch (SGB V, § 108) sind zu qualitätssichernden Maßnahmen verpflichtet, die auch in strukturierten Qualitätsberichten dokumentiert werden. Diese Krankenhäuser verfügen gesetzlich verpflichtend über Ansprechpartner*innen für Patient*innen im **Beschwerdemanagement** und zusätzlich, in einigen Bundesländern⁵ gesetzlich verpflichtend, in Form von sogenannten **Patient*innenfürsprecher*innen**. Patient*innenfürsprecher*innen sind ehrenamtlich tätig und somit unabhängiger vom Krankenhaus als das Beschwerdemanagement, ergänzen dieses und nehmen explizit eine Mittlerrolle zwischen Patient*innen und Klinikpersonal/-leitung ein (Leitfaden der Patient*innenbeauftragten des Bundes 2020; vergleiche Kapitel 5.1.2).

Laut den Daten der nach § 136b SGB V gesetzlich vorgegebenen strukturierten Qualitätsberichte (SQB-Daten, Stand Ende 2021) gibt es in Deutschland für 1.187 Krankenhausstandorte 1.432 Patient*innenfürsprecher*innen und 1.166 Ansprechpartner*innen des Beschwerdemanagements.

Für Krankenhäuser und Rehakliniken, die nicht zu strukturierten Qualitätsberichten verpflichtet sind, musste die Struktur der Beschwerdeannahme im Rahmen der Onlinebefragung erfragt werden (vergleiche Kapitel 5.1.1).

3.3 Anlauf- und Beschwerdestellen der Selbstverwaltung

Die Selbstverwaltung verfügt über verschiedene Anlauf- und Beschwerdestellen für Patient*innen. Dies ist einerseits auf der Kostenträgerseite der Fall, das heißt seitens der **privaten und gesetzlichen Krankenkassen**, sowie auf Seite der Leistungserbringer*innen. **Verbände, kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen und Kammern** vertreten beziehungsweise verwalten die unterschiedlichen leistungserbringenden Berufsgruppen der heilberuflich und gesundheitsberuflich Tätigen.

⁵ Berlin, Bremen, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Saarland; in Sachsen und Baden-Württemberg in psychiatrischen Krankenhäusern (vergleiche Kapitel 5.1.2).

Die Zuständigkeit der Selbstverwaltung für eine Beschwerdebearbeitung ist dabei, unabhängig von Diskriminierung, unterschiedlich (Tabelle 2): Krankenkassen sind für die Verfolgung von Behandlungsfehlern zuständig. Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen ahnden unzulässige **Behandlungsablehnungen**⁶ von Vertragspraxen der gesetzlichen Krankenversicherungen mit Disziplinarverfahren. Kammern sind in ihrer Funktion als Berufsaufsicht für **Verstöße gegen die Berufsordnung** zuständig. Die Berufsordnung verpflichtet dabei unter anderem zu einer **diskriminierungsfreien medizinischen Versorgung**. Kammern verfügen zudem über Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen zu Behandlungsfehlern. Alle drei Beschwerdeanlässe, die die Selbstverwaltung bearbeitet, können mit Diskriminierung verbunden sein. Umgekehrt können die bei Bartig et al. (2021) aufgelisteten Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen teilweise mit entsprechenden Folgen verbunden sein, das heißt mit Behandlungsfehlern, Behandlungsablehnung oder -abbruch sowie mit Verstößen gegen die Berufsordnung.

Tabelle 2: Zuständigkeit der Selbstverwaltung für die Beschwerdebearbeitung nach Beschwerdeanlass

Institution der Selbstverwaltung	Beschwerdeanlass
Krankenkassen	Behandlungsfehler
Kassen(zahn)ärztliche Vereinigungen (K[Z]Ven)	Unzulässige Behandlungsablehnung
Kammern	Verstöße gegen die Berufsordnung, inklusive diskriminierenden Verhaltens Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen zu Behandlungsfehlern

Quelle: IGES

In Ergänzung zu den benannten formalen Zuständigkeiten der Institutionen für die Beschwerdebearbeitung wird im Folgenden analysiert, welche **Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten für Patient*innen** bei der Selbstverwaltung bestehen, sich bei diesen oder anderen Beschwerdeanlässen oder Beratungsanfragen an die Institutionen zu wenden. Dabei ist zunächst wesentlich, inwiefern bestehende Anlauf- und Beschwerdestellen über ihr Beratungs- und Beschwerdeangebot für Patient*innen informieren. Die Recherche zeigt dazu für die Internetseiten der Kammern, der Krankenkassen und der K(Z)Ven ein heterogenes Bild in den Bundesländern und K(Z)V-Regionen.⁷ Einige Institutionen bieten Beratungsstellen beziehungsweise Beratungsangebote für Patient*innen an, andere lediglich Formulare, die sich konkret auf ihre Zuständigkeit beziehen, weitere verfügen nur über allgemeine Kontaktangaben. Insbesondere die K(Z)Ven machen selten auf ihren Internetseiten Angaben zu Anlaufstellen oder Beratungsangebote für Patient*innen. Teilweise werden jedoch auch dort **Beschwerdeformulare** zur Verfügung gestellt, die explizit dem Zweck der Beschwerde bei Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten, das heißt einer unge-

6 Eine Behandlungsablehnung gesetzlich Versicherter ist nur in Ausnahmefällen zulässig („nur in begründeten Fällen“, Bundesmantelvertrag – Ärzte [BMV-Ä] § 13). Begründete Fälle können sein: Es besteht kein Notfall, ein Ressourcenengpass besteht (das heißt, die Praxis ist bereits vollständig ausgelastet oder kann eine spezifische Behandlung nicht anbieten) oder es ist im Laufe der Behandlung beziehungsweise der Behandlungsanbahnung zu einer zerrütteten Beziehung zwischen Patient*in und vertrags(zahn)ärztlichen beziehungsweise vertragspsychotherapeutischen Praxis gekommen. Budget- oder Fallzahlobergrenzen sind kein zulässiger Grund.

7 Bis auf die Unterteilung von Nordrhein-Westfalen in die K(Z)V-Regionen Nordrhein und Westfalen-Lippe entsprechen die K(Z)V-Regionen den Bundesländern.

rechtfertigten Behandlungsablehnung, dienen. Teilweise wird von den Internetseiten der K(Z)Ven zur Patient*innenberatung auf der Internetseite der Ärztekammer der entsprechenden K(Z)V Region oder die Krankenkassen verwiesen. Dagegen geben viele der Ärztekammern Kontaktdaten für Patient*innenbeschwerden an. Nur in Hessen gibt es jedoch bei der Ärztekammer spezifische Kontaktmöglichkeiten zu Ombudsstellen bei Erfahrungen mit Rassismus, Diskriminierung und Missbrauch in ärztlichen Behandlungen, die jedoch nicht auf der Seite für Patient*innenbeschwerden direkt verlinkt sind. Kontaktdaten der Kammern sind im Anhang A2 dokumentiert.

Auf Bundesebene ist die Selbstverwaltung ebenfalls organisiert. Die **KVen und KZVen** verfügen über hierarchisch übergeordnete Organisationen auf Bundesebene, die ihrerseits jedoch keine Anlauf- oder Beschwerdestellen für Patient*innen anbieten: Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)** verweist auf ihrer Internetseite auf die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD). Die **Bundes(zahn)ärztekammer** verweist hinsichtlich Beschwerden zu Ärzt*innen auf die Länderebene und ist auch für Beschwerden über die (Zahn-)Ärztekammern nicht zuständig. Diese können beim Gesundheits- beziehungsweise Sozialministerium des jeweiligen Bundeslandes eingereicht werden können. Teilweise, zum Beispiel in Bayern, werden Beschwerden bei den Kammern nicht auf Landes-, sondern auf Bezirksebene bearbeitet.

Für die Ärzte-, Zahnärzte- und Psychotherapeutenkammern der Länder wurde das Informationsangebot auf den Internetseiten ergänzend beispielhaft hinsichtlich des generellen Bezugs zu den Stichworten „Diskriminierung“ und „Rassismus“ über das Suchfeld der Internetseiten analysiert. Tabelle 3 zeigt, dass es nur selten und lediglich bei den Kammern der Ärzt*innen überhaupt Bezüge zwischen den Stichworten und Beratungsangeboten gibt und nur in einem Fall, in Hessen, ein spezifisches Beratungsangebot.

Tabelle 3: Bezüge zu Beratungsangeboten der Kammern bei den Suchstichworten „Diskriminierung“ und „Rassismus“

Bundesland	Suchergebnisse bei Suche „Diskriminierung“ / „Rassismus“		
	Ärztekammer	Psychotherapeutenkammer	Zahnärztekammer
Baden-Württemberg	–	–	–
Bayern	–	–	–
Berlin	–	–	–
Brandenburg	Weiterleitung zum Kontaktformular der Landesärztekammer Brandenburg*	–	–
Bremen	–	–	–
Hamburg	Weiterleitung zum Reiter „Beschwerden“ mit Kontaktdaten Kontakt der Berufsaufsichtsstelle	–	–
Hessen	Weiterleitung zur Seite des Menschenrechts-, Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragten, Weiterleitung zur Seite mit den verschiedenen Ombudspersonen: Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen	–	–
Mecklenburg-Vorpommern	–	–	–
Niedersachsen	–	–	–
Nordrhein	–	–	–
Rheinland-Pfalz	–	Weiterleitung zum Beratungskompass Rheinland-Pfalz: https://beratungskompass-rlp.de/	–
Saarland	–	–	Keine Suchfunktion
Sachsen	–	–	–
Sachsen-Anhalt	Weiterleitung zum Beratungsangebot für Ärztinnen und Ärzte	–	–
Schleswig-Holstein	Weiterleitung zum Impressum der Internetseite mit allgemeinen Kontaktdaten der Ärztekammer Schleswig-Holstein	–	–
Thüringen	–	–	–
Westfalen-Lippe	–	–	–

Quelle: IGES auf der Basis der Internetauftritte der Institutionen

Anmerkung: –: kein Bezug zu Beratungs- oder Beschwerdeangeboten; *: nur bei Stichwort „Rassismus“, nicht bei „Diskriminierung“

Für die **nicht verkammerten Heil- und Gesundheitsberufe**, die ihre Leistungen überwiegend in ambulanten Praxen erbringen, wurden insgesamt 76 **Berufsverbände** auf Landes- und Bundesebene recherchiert: Verbände der Hebammen/Entbindungspfleger, der Heilmittlerbringer*innen (sowie spezifische Verbände der Physiotherapeut*innen, Podolog*innen und Diätassistent*innen), Verbände der Dentalhygieniker, der Osteopath*innen und der Heilpraktiker*innen, der MOTOtherapeut*innen und der Orthoptiker*innen Berufsverbände sind strenggenommen nicht Teil der Selbstverwaltung, übernehmen jedoch für die nicht verkammerten Heil- und Gesundheitsberufe in der Vertretung der Berufsgruppen ähnliche Aufgaben im Gesundheitswesen und werden daher in diesem Kapitel gelistet und im Rahmen der Onlinebefragung zu den Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten für Patient*innen interviewt. Nach Recherche der Internetseiten gibt es **keine Kontaktangaben** für Patient*innenberatung bei den Verbänden.

Für die Seite der Kostenträger wurden im Rahmen der vorliegenden Bestandsaufnahme die Angebote der Ende 2021 bestehenden **100 gesetzlichen Krankenkassen** anhand der Internetseiten analysiert (vergleiche Kapitel 2). 42 der 100 Krankenkassen benennen eine Anlaufstelle für Beschwerden auf ihrer Internetseite, 58 Krankenkassen bieten nur allgemeine Kontaktdaten oder Kontaktformulare an. Zum Teil wird von den Krankenkassen an die Ärztekammern oder die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) verwiesen. Die von den benannten Anlaufstellen angegebenen Bezeichnungen zum Angebot beschränken sich auf Behandlungsfehler und „Fehlverhalten im Gesundheitswesen“. Letzteres bezieht sich jedoch nicht auf soziales Fehlverhalten oder Diskriminierung, sondern vielmehr auf Fälle von Abrechnungsbetrug.⁸

Das Bundesamt für Soziale Sicherung ist als Aufsichtsbehörde für die Bearbeitung und Beantwortung von Beschwerden und Anliegen zu gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zuständig. Nur Krankenkassen, die in weniger als drei Bundesländern agieren, fallen unter die Zuständigkeit der Landesaufsicht der Gesundheits- beziehungsweise Sozialministerien in den einzelnen Bundesländern. Für Beschwerden zu privaten Krankenversicherungen (PKV) ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) zuständig. Beide Aufsichtsbehörden stellen auf ihren Internetseiten Kontaktformulare für Patient*innen bereit, die sich über ihre Krankenversicherungen beschweren möchten.

8 Fehlverhalten im Gesundheitswesen: „Abrechnungsbetrug und Korruption fügen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung jedes Jahr Millionenschäden zu. Damit dieses Fehlverhalten effektiver verfolgt und konsequent geahndet werden kann, wurden bei allen gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen, ihren Verbänden und beim GKV-Spitzenverband ‚Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen‘ eingerichtet. Die gesetzliche Rechtsgrundlage bilden § 197a SGB V und § 47a SGB XI. Diese Ermittlungs- und Prüfungsstellen gehen allen Hinweisen und Sachverhalten nach, die auf ‚Unregelmäßigkeiten‘ beziehungsweise ‚rechtswidrige Nutzung von Finanzmitteln‘ im Zusammenhang mit den Aufgaben der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung hindeuten. Ergibt die Prüfung, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung bestehen könnte, ist unverzüglich die Staatsanwaltschaft zu unterrichten“ (GKV-SV o. J.).
Behandlungsfehler: Nach § 66 SGB V ist Ihre Krankenkasse für die Unterstützung bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen zuständig, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind (ebenda).

3.4 Übergeordnete Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens

Institutionen, die unabhängig von den Leistungserbringer*innen und der Selbstverwaltung Teil des Gesundheitssystems sind, können ein übergeordnetes Beratungsangebot zur Verfügung stellen und gegebenenfalls auch Beschwerden aufnehmen. Einige dieser übergeordneten Einrichtungen dienen explizit der Unterstützung der Patient*innen:

- Beauftragte*r der Bundesregierung und der Länder für die Belange der Patientinnen und Patienten,
- Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD),
- Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit,
- Versicherungs-Ombudsperson für Beschwerden zu privaten Krankenversicherungen (www.pkv-ombudsmann.de),
- Reha-Beratungsdienst der Deutschen Rentenversicherung (DRV) auf Bundes und Länderebene,
- Aktionsbündnis Patientensicherheit.

Die **Beauftragten für die Belange der Patient*innen** der Länder bieten in drei von vier Bundesländern, in denen es überhaupt Länderbeauftragte gibt⁹, auch Beratung für Patient*innen an, teilweise mit einem persönlichen Angebot für Patient*innen, entweder mit und ohne Nennung telefonischer Sprechzeiten. Die Patient*innenbeauftragten koordinieren zudem in den entsprechenden Ländern die Patient*innenfürsprecher*innen für die Krankenhäuser.

Der **Beauftragte des Bundes** bietet keine eigene Anlaufstelle an, sondern koordiniert die **Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)**. Die UPD stellt ein deutschlandweites Beratungsangebot zur Verfügung. Es ist telefonisch, online sowie in 23 Städten auch persönliches Angebot. Die UPD ist eine gemeinnützige GmbH, die den gesetzlichen Auftrag hat, in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen unabhängig, qualitätsgesichert und kostenfrei zu informieren und zu beraten, mit dem Ziel, die Patient*innenorientierung im Gesundheitswesen zu stärken und Problemlagen im Gesundheitswesen aufzuzeigen.

Das Thema „**Beschwerden**“ ist kein Inhalt der Hauptnavigation, wird jedoch unter dem Punkt Informationen → A bis Z → „Beschwerde über Ärzte“ oder „Beschwerdeweg als Patient“ aufgegriffen. Hier werden **schriftliche Hinweise** gegeben, wie und in welchen Fällen sich Patient*innen bei Ärztekammern und kassenärztlichen Vereinigungen über Ärzt*innen oder zu Arbeits- und Behandlungsabläufe oder die Hygiene in Krankenhäusern bei der Aufsichtsbehörde beschweren können. Teilweise wird ergänzend beschrieben, wie die Beschwerdewege bei diesen Organisationen sind. Im ambulanten Bereich, das heißt bei Praxen niedergelassener (Zahn-)Ärzt*innen, wird empfohlen, sich direkt an die behandelnden Ärzt*innen zu wenden, und nur, wenn dies als nicht mehr zielführend erachtet wird, auf Kammern und K(Z)Ven verwiesen. Bei den beschriebenen Beschwerdewegen geht es dabei explizit um Probleme, die sich auf das Vertrauen in der Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung und andere Störungen einer gute Ärzt*innen-Patient*innen-Beziehung (kommunikativ oder organisatorisch) beziehen. Unter dem Thema „Behandlungsfehler“ und „Schadensersatz“ wird zudem darüber informiert, wie bei entsprechenden Verdachtsfällen verfahren werden kann und dass die UPD bei rechtlichen oder medizinischen Problemen sowie

9 Bayern, Berlin, Niedersachsen und NRW

unsachgemäßer Behandlung / Behandlungsfehlern auf die zuständige Anlaufstelle für Beschwerden hinweisen kann. Die Beratungsinternetseiten der UPD schließen jeweils mit der Auflistung von **weiterführenden telefonischen und digitalen Kontaktmöglichkeiten** zur UPD. Das Thema Diskriminierung wird durch den Flyer der UPD für Patient*innen oder die Liste der Beratungsthemen nicht aufgegriffen. Des Weiteren gibt es bei einer Suche des Begriffes „Diskriminierung“ auf der UPD-Internetseite keine Ergebnisse.

Das **Aktionsbündnis Patientensicherheit** bietet keine Anlaufstelle für Patient*innen an und engagiert sich im Wesentlichen im Rahmen von Projektarbeit und Veranstaltungen. Der Reha-Beratungsdienst berät ausschließlich zu den Leistungen der Deutschen Rentenversicherung und bietet zudem keine darüber hinausgehenden Anlauf- oder Beschwerdemöglichkeiten an.

Weitere übergeordnete Institutionen nehmen umfangreiche, der medizinischen Versorgung übergeordnete Aufgaben im Gesundheitswesen wahr und verfügen im Rahmen ihrer Aufsichts- und Begutachtungsfunktionen auch über Anlaufstellen für Patient*innen. Dies sind die

- Gesundheitsämter sowie die
- Medizinischen Dienste der Länder.

Gesundheitsämter nehmen vielfältige Versorgungs- und auch Beratungsaufgaben im Gesundheitswesen als **öffentlicher Gesundheitsdienst** wahr. Das RKI listet Adressen von 376 Gesundheitsämtern in Deutschland (Stand Mai 2022). Sie sind überwiegend auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte organisiert. Gesundheitsämter kommen in der Analyse der Anlaufstellen im Gesundheitswesen grundsätzlich für Beschwerden im Rahmen eigener Leistungen für Bürger*innen sowie als Anlaufstelle für Beschwerden über andere Einrichtungen des Gesundheitswesens in Betracht. Hinsichtlich ihres Angebotes haben Gesundheitsämter insbesondere auch mit diskriminierungsgefährdeten Personengruppen zu tun, zum Beispiel Personen mit HIV oder Menschen mit Behinderungen, sowie mit Personen mit erschwertem Zugang zum Gesundheitssystem (geflüchteten Menschen, obdachlosen Menschen, Menschen ohne Krankenversicherung und/oder Menschen ohne Papiere). Gesundheitsämter bieten zudem mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst¹⁰ umfassende **Beratungsleistungen in der psychiatrischen Versorgung** an, an den auch unabhängige Patient*innenberatungsstellen zur psychiatrischen Versorgung angegliedert sind. Für die **nicht verkammerten Gesundheitsberufe**, wie zum Beispiel Physiotherapeut*innen und Hebammen/Entbindungspfleger, haben die Gesundheitsämter die Berufsaufsicht sowie für Krankenhäuser die Krankenhausaufsicht inne. Bei zum Beispiel mangelnder Hygiene, defekter Ausstattung oder organisatorischen Problemen prüft das Gesundheitsamt die Krankenhäuser. Patient*innen oder deren Angehörige können sich mit Hinweisen und Beschwerden auch direkt an das Gesundheitsamt vor Ort wenden.

Stichpunktartige Analysen von 30 Internetseiten von Gesundheitsämtern weisen jedoch darauf hin, dass die Gesundheitsämter nicht über entsprechende explizite Beschwerdekontakte verfügen und Anfragen von Bürger*innen lediglich zu Beschwerden hinsichtlich des Verbraucherschutzes zur Lebensmittelsicherheit aufnehmen.

¹⁰ Mitarbeiter*innen der Sozialpsychiatrischen Dienste sind Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen und sie bieten Hilfe und Unterstützung für erwachsene Menschen mit einer psychischen Erkrankung, einer Suchterkrankung oder geistigen Behinderung an. Beratung, Hilfevermittlung und Krisenintervention werden in den jeweiligen Dienststellen oder bei Hausbesuchen für die Betroffenen selbst, für Angehörige und auch für das soziale Umfeld angeboten.

Die **medizinischen Dienste der Länder** begutachten, ob Personen **arbeitsunfähig** oder **pflegerbedürftig** sind, ob sie **Hilfsmittel** benötigen, und begutachten bei **vermuteten Behandlungsfehlern**. Patient*innen könnten sich zu möglichem diskriminierendem Verhalten der Gutachter*innen des Medizinischen Dienstes beschweren, zum Beispiel im Rahmen der Begutachtung im Rahmen der Beantragung eines Rollstuhls.

Hinsichtlich ihrer Begutachtungsfunktion zur Leistungsbewilligung wurde der Medizinische Dienst mit dem „Gesetz für bessere und unabhängige Prüfungen“ (MDK-Reformgesetz), das zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist, **von den Krankenkassen unabhängig** gemacht. Alle Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) wurden im Jahr 2021 einheitlich in Körperschaften öffentlichen Rechts umgewandelt. Für Patient*innen stehen seitdem neben den **organisationseigenen Beschwerdemanagementabteilungen** auch **unabhängige Ombudspersonen** als Anlauf- und Beschwerdestelle zur Verfügung. Beide Anlaufstellen beziehen sich dabei auf Anliegen von Patient*innen zum Begutachtungsverfahren. Unterschiede zwischen den beiden Anlaufstellen sind in erster Linie struktureller Natur, sie sind jedoch nicht inhaltlich voneinander abgegrenzt.¹¹ Die organisationseigenen Beschwerdemanagementabteilungen (in einigen Bundesländern auf den Internetseiten als „Ihr Anliegen“ bezeichnet) und die unabhängigen Ombudspersonen werden auf der Internetseite des Medizinischen Dienstes Bund nur hinsichtlich der Unabhängigkeit vom Medizinischen Dienst unterschieden. An die Ombudspersonen können sich neben Patient*innen zudem auch Mitarbeiter*innen der Medizinischen Dienste wenden. Schwerpunkt beider Anlaufstellen ist die Bearbeitung von Beschwerden, Kritik oder Anregungen. Wenn Versicherte mit dem Ergebnis eines Gutachtens und dem nachfolgenden **Leistungsbescheid** ihrer Kranken- oder Pflegekasse nicht einverstanden sind, sind die beiden Anlaufstellen zudem explizit nicht zuständig. In diesem Fall müssen Versicherte innerhalb eines Monats bei den Krankenkassen Widerspruch einlegen. Beide Anlaufstellen weisen nicht auf eine mögliche Zuständigkeit bei Diskriminierungserfahrungen hin. Die Ombudsperson soll die Versicherten und die Beschäftigten der Medizinischen Dienste in der Wahrnehmung ihrer Rechte stärken und unterstützen, jedoch **keine Rechtsberatung** leisten.

Des Weiteren könnten **Medizinische Dienste** für Patient*innen relevant sein, um auf Diskriminierung beruhende Behandlungsfehler¹² angemessen begutachten zu lassen. Dementsprechend könnte diesbezüglich Bedarf an beratenden Anlaufstellen bestehen, zum Beispiel in der Klärung der Frage, ob es sich bei den Folgen diskriminierendem Verhaltens um Behandlungsfehler handelt und welche Rechte und Möglichkeiten der Rechtsdurchsetzung die Patient*innen in diesem Fall haben. Behandlungsfehler sind von Patient*innen schriftlich bei den Krankenkassen einzureichen, die daraufhin Gutachten bei den Medizinischen Diensten beantragen. Krankenkassen beraten in der Regel persönlich telefonisch zu Behandlungsfehlern und es gibt ein für Patient*innen kostenloses Schlichtungsverfahren bei den Kammern zu Behandlungsfehlern. Ob **Behandlungsfehler**, die zum Prüfauftrag der Medizinischen Dienste zu zählen sind, in Zusammenhang mit diskriminierendem Verhalten gebracht beziehungsweise auch dahingehend untersucht

11 „Sie können sich vertraulich mit Beschwerden über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes an die Ombudsperson wenden. Mit Ihrem Einverständnis nimmt die Ombudsperson Kontakt mit der zuständigen Stelle im Medizinischen Dienst auf und bittet um eine Stellungnahme zur Beschwerde. In Konfliktsituationen versucht die Ombudsperson zwischen den Beteiligten zu vermitteln. Bei Beschwerden, Kritik oder Anregungen steht neben der Ombudsperson auch das Beschwerdemanagement in den Medizinischen Diensten zur Verfügung“ (<https://www.medizinischerdienst.de/medizinischerdienst/ombudspersonen>).

12 Ein Behandlungsfehler besteht zum Beispiel nach Internetseite des Medizinischen Dienstes Nord dann, wenn eine medizinisch notwendige Maßnahme nicht oder erst zu spät ergriffen wird, eine Diagnose trotz klarer Anzeichen nicht gestellt wird, unzureichend über die Behandlung, deren Risiken und Alternativen aufgeklärt wurde und es in der Folge zu einem gesundheitlichen Schaden gekommen ist (<https://www.md-nord.de/versicherte/behandlungsfehler>).

werden, konnte nicht herausgefunden werden. Die von Bartig et al. im Jahr 2021 in einem Forschungsüberblick sowie bei DeZIM 2023 benannten Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen verdeutlichen jedoch, dass es aufgrund von institutionell oder strukturell vorhandenen Kompetenz- und Versorgungsdefiziten zu systematischer Benachteiligung in der medizinischen Versorgung spezifischer Bevölkerungsgruppen kommen kann und kommt, zum Beispiel bei fehlendem geriatrischem Fachwissen, Behandlung von Frauen nach Herzinfarkt, Diagnostik von Depressionen bei Männern, körperlicher Diagnostik psychisch erkrankter Personen oder Verweigerung gynäkologischer sowie urologischer Untersuchungen bei Trans* und Inter*Personen, die aufgrund der Anatomie erforderlich sind.

Die Analyse der Gesetzeslage und der Internetseiten der Medizinischen Dienste zeigt darüber hinaus, dass strukturelle Prüfungen von Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen durch den Medizinischen Dienst im Auftrag der Krankenkassen zwar grundsätzlich erfolgen¹³, nicht jedoch aufgrund von Patient*innenanfragen beim Medizinischen Dienst und somit auch nicht im Kontext von Diskriminierungserfahrungen. Medizinische Dienste sind demnach keine Anlaufstelle für Patient*innen bei Diskriminierungserfahrungen in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen. Da Medizinische Dienste insgesamt nicht direkt für die gesundheitliche Versorgung von Patient*innen zuständig sind, werden sie nur als Exkurs in der vorliegenden Studie zu ihrer Rolle in der Begutachtung und entsprechende Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten untersucht.

3.5 Zwischenfazit Struktur der Anlauf- und Beschwerdestellen

Die Recherche der Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitswesen zeigt auf, an wen sich Patient*innen im Behandlungskontext beziehungsweise beim Zugang zum Gesundheitssystem bei Fragen und Beschwerden potenziell wenden können. Die Anlaufstellen finden sich in der Hierarchie des Gesundheitswesens wieder, das heißt innerhalb der Behandlungskontexte und/oder in ihren übergeordneten Institutionen. Die Anlaufstellen unterscheiden sich dahingehend, ob sie bei Problemen von Patient*innen nur beratend tätig sind oder auch Aufsichts- oder Beschwerdemanagementfunktionen wahrnehmen.

Die Hierarchie an Anlaufstellen ist im Gesundheitswesen jedoch **heterogen und lückenhaft** dahingehend,

- für welche medizinischen **Berufe** beziehungsweise Behandlungsangebote sie verfügbar sind,
- in welchem Ausmaß **Kontaktmöglichkeiten** für ratsuchende Patient*innen ausgestaltet oder Kontaktdaten auf Internetseiten zugänglich gemacht werden,
- in welchen **Bundesländern** sie angeboten werden.

¹³ Als besonders patient*innenrelevante Prüfkriterien werden in § 136b SGB V Informationen zur Patient*innensicherheit und hier speziell zur Umsetzung des Risiko- und Fehlermanagements, zu Maßnahmen der Arzneimitteltherapiesicherheit, zur Einhaltung von Hygienestandards sowie zu Maßzahlen der Personalausstattung in den Fachabteilungen des jeweiligen Krankenhauses genannt. Die zu prüfenden Strukturmerkmale basieren auf den vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüsseln (OPS) nach § 301 Absatz 2 SGB V (MD Bund 2022). Eine barrierefreie oder diskriminierungsfreie Versorgung gehört jedoch nicht zu den Kontrollkriterien der Medizinischen Dienste.

So bieten nur **stationäre** medizinische Einrichtungen, das heißt Krankenhäuser und Rehakliniken, eigene Anlauf- und Beschwerdestellen für Patient*innen an. Darüber hinaus können sich Patient*innen über Krankenhausärzt*innen auch bei den Ärztekammern beschweren, die die Berufsaufsicht auch über die Krankenhausärzt*innen ausüben, sowie sich bei Behandlungsfehlern neben den Kammern auch an die Krankenkassen wenden. Für die übrigen Gesundheitsberufe in Krankenhäusern gibt es dagegen keine übergeordneten Anlauf- und Beschwerdestellen, zuständig ist das Gesundheitsamt, an das sich Patient*innen über die allgemeinen Kontaktdaten wenden könnten.

Anfragen zu **ambulanten** Praxen niedergelassener Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen können nicht an Anlaufstellen der Praxen selbst, sondern nur an die übergeordnete Ebene der Selbstverwaltung gerichtet werden, das heißt an die entsprechenden Kammern und bei Vertrags(zahn)ärzt*innen und Vertragspsychotherapeut*innen zusätzlich an die K(Z)Ven und die Krankenkassen. K(Z)Ven und Krankenkassen bieten in der Regel nur allgemeine Kontaktadressen oder -formulare an. Bei den **Kammern** zeigt sich auf den Internetseiten ein sehr heterogenes Bild an Kontaktmöglichkeiten für Patient*innen: telefonisch, schriftlich, digital, mit oder ohne persönlichen Ansprechpartner, sodass nicht immer niedrigschwellige Kommunikationswege vorhanden sind.

Bei den nicht verkammerten Gesundheitsberufen, wie zum Beispiel den Physiotherapeut*innen oder den Hebammen, gibt es auf Ebene der behandelnden Personen keine Anlaufstellen und auf übergeordneter Ebene lediglich die Berufsverbände, die jedoch – zumindest auf den Internetseiten – keine Ansprechpartner*innen für Patient*innen, die Rat suchen oder Beschwerden melden wollen, anbieten. Sie bieten lediglich für die von ihnen vertretenen Berufsgruppen Möglichkeiten zur Beschwerde.

Unabhängige Anlaufstellen sind **Patient*innenfürsprecher*innen und Patient*innenbeauftragte**. Patient*innenfürsprecher*innen beraten Patient*innen in Krankenhäusern. Sie sind jedoch nur in einigen Bundesländern gesetzlich verpflichtend verfügbar und somit in den übrigen Bundesländern nicht flächendeckend vorhanden. **Patient*innenbeauftragte der Länder** sind ebenfalls nur in vier Bundesländer eingesetzt, davon nur drei mit explizitem eigenem Beratungsangebot für Patient*innen. Die **Unabhängige Patientenberatung Deutschland** berät als einzige übergeordnete Institution bundesländerübergreifend, übernimmt jedoch keine Beschwerdeprozesse. **Gesundheitsämter** beraten Patient*innen zwar ebenfalls im gesamten Bundesgebiet, bieten auf ihren Internetseiten jedoch nur sehr eingeschränkte Beratungs- und Beschwerdeangebote für Patient*innen an, in der Regel in Bezug auf psychiatrische Versorgung oder Hygienetatsbestände. Zu einem **Beratungs- oder Beschwerdeangebot bei Diskriminierungserfahrungen** gibt es in der Regel auf keiner der betrachteten hierarchischen Ebenen der Anlauf- und Beschwerdestellen Informationen oder diesbezüglich spezifische Kontaktmöglichkeiten. Auf den Internetseiten wird keine Zuständigkeit für Diskriminierungsfälle im Gesundheitswesen benannt. Ausnahmen bilden sehr spezifische Beauftragte, die es nach aktuellem Kenntnisstand nur bei der Landesärztekammer in Hessen gibt: den Menschenrechts-, Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragten sowie die Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen.

Es lässt sich anhand der systematischen Recherche der Strukturen der Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitswesen schlussfolgern, dass es sich um **sehr heterogene Strukturen je nach medizinischem Beruf und Behandlungsort** handelt. Die Anlauf- und Beschwerdestellen nehmen nur zum Teil eine Aufsichtsfunktion im Sinne von Patient*innenrechten oder eines diskriminierungsfreien Zugangs zur medizinischen Versorgung wahr. Sie informieren überwiegend entweder sehr allgemein, das heißt thematisch nicht näher bestimmt, oder thematisch sehr eingeschränkt über einzelne Beschwerde- oder Beratungsmöglichkeiten für Patient*innen wie etwa bei Vermutung von Behandlungsfehlern. Die Möglichkeit, sich selbst im Internet über Beschwerdeprozesse bei Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen zu informieren, gibt es von den Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens mit Ausnahme der Landesärztekammer in Hessen nicht.

Da Medizinische Dienste keine Anlauf- und Beschwerdestelle für die gesundheitliche Versorgung von Patient*innen darstellen, werden sie nur als Exkurs in der vorliegenden Studie zu ihrer Rolle in der Begutachtung und entsprechenden Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten untersucht.

In den folgenden Kapiteln werden die Ergebnisse zur Struktur der Anlauf- und Beschwerdestellen erweitert um die Sicht der Betroffenen (Kapitel 4) sowie um Befragungen und Fallstudien zu den Arbeitsweisen der Anlauf- und Beschwerdestellen (Kapitel 5).

4 Erfahrungen von Betroffenenverbänden und (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen mit den vorhandenen Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens

Um zu bewerten, ob das Gesundheitswesen über niedrigschwellige Anlauf- und Beschwerdestellen im Fall von Diskriminierung verfügt, sind die Erfahrungen und Bedarfe der Betroffenen essenziell. Es wurde daher in Fokusgruppen mit Expert*innen aus Betroffenenverbänden und (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen (vergleiche Kapitel 2) erhoben, welche Beschwerde- und Anlaufstellen Betroffenen von Diskriminierung im Gesundheitswesen bekannt sind, an wen und mit welchen Bedarfen beziehungsweise Anliegen an Unterstützung sich Betroffene nach Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen wenden und welche Erfahrungen sie gemacht haben. Es wurde zudem erhoben, welche Ziele Betroffene erreichen wollen, wenn sie sich über Diskriminierung im Gesundheitswesen beschweren beziehungsweise dagegen vorgehen, und welche weiteren Unterstützungsmöglichkeiten sich Betroffene aus Expert*innensicht wünschen.

Die Betroffenenperspektive kann im Rahmen der vorliegenden Studie nur in Ansätzen untersucht werden und stellt keine repräsentative Betrachtung dieser Perspektive dar. Die Ergebnisse geben somit nur einen ersten Einblick in die Sicht derjenigen Personen, die die Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten des Gesundheitswesens im Falle von Diskriminierungserfahrungen nutzen beziehungsweise nutzen könnten. Aufgrund der indirekten Befragung zu den Betroffenenbedürfnissen und -erfahrungen über Expert*innen ergibt sich eine Beschränkung der Erhebung auf Ereignisse, von denen die befragten Betroffenenverbände und (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen Kenntnis erhalten haben. Es kann unter anderem nicht ausgeschlossen werden, dass in diesem Kontext vermehrt Austausch mit Betroffenen über negative Erfahrungen erfolgt ist und in diesen Fällen auch entsprechend erhöhter Unterstützungsbedarf der Betroffenen bei den Anlaufstellen außerhalb des Gesundheitswesens bestand. Positive Erfahrungen und niedrigschwellige Problemlösungen könnten dagegen unterrepräsentiert sein.

4.1 Bekanntheit und Inanspruchnahme von Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitswesen

Bekannte Anlaufstellen für Ratsuchende und Expert*innen **innerhalb des Gesundheitswesens** sind zunächst die leistungserbringenden Einrichtungen selbst, das heißt die ärztlichen und therapeutischen Praxen. Für die befragten Expert*innen waren zudem die Beschwerdestellen der Krankenhäuser, die Ärztekammern und die Krankenkassen Anlaufstellen bei Diskriminierungsfällen. Außerdem wurden die Psychotherapeutenkammer, Patient*innenbeauftragte von Bund und Ländern, Pflegestützpunkte, Dezernatsverwaltungen, Patient*innenfürsprecher*innen der Krankenhäuser sowie der Medizinische Dienst als bekannte Anlaufstellen im Gesundheitswesen genannt.

Außerhalb des Gesundheitswesens wurden die Bundesstelle für HIV, die Antidiskriminierungsstelle des Bundes sowie die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) als den Expert*innen bekannte Anlaufstellen benannt. Die UPD war jedoch den wenigsten Expert*innen ein Begriff, wohingegen sie bei Betroffenen laut einzelnen Expert*innen bekannter sein soll. Obwohl eine unabhängige Patient*innenberatung explizit von den Expert*innen gewünscht wird, ist das entsprechende Leistungsangebot der UPD den Expert*innen überwiegend unbekannt:

„Also wir sind ja alle jetzt hier Menschen, die im Kontext Diskriminierung tätig sind. Und die Reaktion ist, ja, was macht denn genau die unabhängige Patientenberatung? Und dann muss ich ja schon sagen, okay, so ein bisschen Öffentlichkeit wäre ja vielleicht auch ganz gut.“

(FGI_2, Pos. 1301–1304)

Die Expert*innen gaben an, dass Personen, die Diskriminierung im Gesundheitswesen erleben, allerdings sehr unterschiedlich gut informiert sind und die Kenntnisse über Beschwerde- und Anlaufstellen sowie die Möglichkeit, sich zu beschweren, individuell stark voneinander abweichen:

„Ich glaube, das ist sehr unterschiedlich. Man kann es gar nicht pauschal sagen. Man hat so Ratsuchende, die super informiert sind, die sofort wissen, was man tun sollte. Und schreiben ja schon direkt die Widersprüche und haben sich an alle möglichen Stellen gewandt. Und es gibt Ratsuchende, die wirklich sehr ratlos sind und wissen nicht, wo sie sich, also an wen sie sich wenden sollten oder wollen sie es auch nicht, weil sie so die Befürchtung haben, dass sie da ja sowieso keine Antwort bekommen und dass sie nicht ernst genommen werden. Und dadurch, dass sie noch keine Antwort bekommen oder keine ausreichende Antwort, dass das eigentlich den gesamten Diskriminierungsvorfall noch schlimmer macht.“

(FGI_2, Pos. 135–143)

„Die Frage, wie weit es überhaupt zu Beschwerden kommt, hängt auch davon ab, wie hoch ist der Bildungsgrad der Person und wie hoch ist die Vulnerabilität. Das muss man einfach mal sehen.“

(FGI_1, Pos. 1041–1045)

Die **Kontaktaufnahme** mit den Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens ist nicht nur von der Bekanntheit abhängig und gestaltet sich sehr unterschiedlich. Manchmal werden Betroffene an eine aus Expert*innensicht geeignete Beschwerdestelle verwiesen, manche Betroffene reichen selbstständig eine Beschwerde ein oder in Zusammenarbeit mit einem*einer Psychotherapeut*in, während andere eine Beschwerdeeinreichung gemeinsam mit der Beratungs-

stelle eines Betroffenenverbands anstreben. Im Falle von intersektoraler, das heißt an mehrere Diskriminierungsmerkmale anknüpfender und wiederkehrender Diskriminierung wird besonderer Unterstützungsbedarf in der Kontaktaufnahme benannt:

„Ich mache das in der konkreten Beratung davon abhängig, was die Ratsuchenden sich wünschen. Es gibt Menschen, die sagen, es ist mir wichtig, dass ich das selbst mache. Ich möchte nicht quasi in so eine Stellvertretungsrolle kommen, wo ich der arme kleine Mensch mit HIV jetzt von jemand anderem verteidigt werden muss. Ich will das in meinem Namen machen. Aber bitte beraten Sie mich doch dahingehend, wie kann man so was formulieren. Und es gibt auch viele Menschen, die ganz klar sagen, okay, ich bin so tief verletzt, auch weil das immer und immer wieder passiert, oft auch in intersektionalen Zusammenhängen natürlich, dass ich mir wünsche, dass Sie das für mich übernehmen. Und dann tue ich natürlich auch das. Aber das ist sehr unterschiedlich.“

(FGI_2, Pos. 223–232)

In manchen Fällen findet die Beschwerdeeinreichung demnach aus individuellen Gründen gar nicht statt oder wird während des Beschwerdeprozesses abgebrochen. Oft reichen in der Erfahrung der Expert*innen auch die **persönlichen Ressourcen** von Betroffenen nicht für einen langen Beschwerdeprozess aus, selbst wenn kein Gerichtsverfahren angestrebt wird. Dies wird überwiegend mit der emotionalen Belastung des Beschwerdeprozesses sowie dem Abschluss der Krankheitsbehandlung begründet:

*„Na ja, weil es häufig darum geht, dass die Versorgung der Patientin, des Patienten im Vordergrund steht und parallel dazu kann man, wenn man sich parallel dazu beschwert, besteht eine große Gefahr, dass die Versorgung dann auch nicht besser wird, sondern eher noch schlechter. Und wenn die Klient*innen durch sind mit ihren Themen und endlich wieder raus sind aus dem Krankenhaus, dann haben sie natürlich kein Interesse, dass man das noch gemeinsam weiterverfolgt. Was ich auch sehr verständlich finde. Also die Ressourcen, auch die emotionalen Ressourcen reichen dafür einfach nicht.“*

(FGI_2, Pos. 947–954)

„Da machen wir halt vielfach die Erfahrung, dass in Rechtsstreit oder in Beschwerde einfach nicht reingegangen wird, weil klar gesagt wird, dann muss ich diesen Schmerz noch zwei Jahre mitführen und selbst wenn ich Recht kriege, ist ja die Vertrauenssituation praktisch so gebrochen, dass ich ja gar nicht mehr dahinwill. Also das ist halt auch ein Faktor und dann eben einfach durch die starke Resignation, also dieses maximale Gefühl der unerwünschten Gruppe gibt es natürlich in Richtung der Beschwerdestrukturen auch wenig Interesse, weil der Glauben fehlt, dass da Hilfe kommt.“

(FGI_1, Pos. 848 857)

Hinzu kommt die **Angst vor erneuter Diskriminierung oder vor Leistungskürzungen**. Diese wird aufgrund des besonderen Abhängigkeitsverhältnisses von Patient*innen, der mangelnden Ausweichmöglichkeiten der Betroffenen und des akuten Behandlungsbedarfs, der in den Situationen besteht, in denen die Diskriminierungserfahrung gemacht wird, zu einer im Vergleich zu anderen Lebensbereichen besonderen Hürde, sich zu beschweren:

„Und das ist halt die Politik tatsächlich von den Krankenkassen, ne, dass erst mal abgelehnt wird, damit die Kosten gespart werden. Und ich, ich als Privatperson würde mich niemals trauen, da eine Beschwerde einzureichen und zu sagen, ich, so wie ich dort behandelt wurde, wie unsere Familie behandelt wurde oder was dort uns zugesprochen oder nicht zugesprochen wurde, empfinden wir als höchst diskriminierend, weil ich ja dann Angst habe, noch viel weniger zu bekommen, ne.“

(FGI_2, Pos. 377–383)

„Und die dritte Konstellation, die leider sehr oft passiert (...), dass die Ratsuchenden aus Angst das Schreiben zurückziehen. Das Schreiben ist schon fertig. (...) Es ist schon alles fertig, die Vollmacht liegt da. Alles ist da. Und ja. Dann sagen sie im letzten Moment nein, bitte doch nicht abschicken. Und das ist tatsächlich, würde ich behaupten, dass das sogar am häufigsten passiert. Dass die Ratsuchenden im allerletzten Moment sagen, nein, bitte doch nicht. Weil sie Angst haben, dass sie dann keinen Arzt finden, dass es dann einen schlechten Ruf über sie gibt und dass sie sonst nirgendwo aufgenommen werden.“ (FGI_2, Pos. 761–771)

Wiederholte Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen und anderen Lebensbereichen führen erfahrungsgemäß bei vielen Betroffenen zu **Resignation und internalisierendem Verhalten**, sodass es gar nicht erst zu Beschwerden oder Beratungsanfragen kommt. Diskriminierung wird auch im Kontext des Gesundheitswesens von den Betroffenen als normal erlebt („Normalisierung“) oder es finden Schuldzuweisungen auf das eigene Verhalten statt, sodass auch aus diesen Gründen Beschwerden und Beratungsanfragen selten geäußert werden:

„Das Problem hierbei ist, dass viele ältere Menschen diese negativen Altersbilder internalisiert haben (...) und das gar nicht als Diskriminierung erleben, sondern als ganz normal.“ (FGI_1, Pos. 134–137)

„Dementsprechend gehe ich davon aus, dass ganz viele Menschen, denen in dem Bereich Diskriminierung widerfährt, überhaupt rein gar nichts dagegen tun, sondern in der Beratung beziehungsweise im Kontakt, der aus anderen Anlässen raus stattfindet, höre ich ganz oft ja, aber das ist ja normal. Also da hat schon eine regelrechte Gewöhnung stattgefunden, sodass ich vermute, dass viele Menschen sich überhaupt nicht beschweren und sich auch nicht im Klaren sind, welche Möglichkeiten es da gibt.“ (FGI_2, Pos. 207–213)

„Also dieser Schuldmechanismus und das Gefühl, dass man selbst vielleicht irgendwie doch auch Schuld haben könnte und der andere es ja nur gut meint, das ist unheimlich stark und es führt eben auch oft dazu, dass dann so ein schon vorliegendes Beschwerdeschreiben nicht abgeschickt wird.“ (FGI_2, Pos. 814–817)

Darüber hinaus erscheint es vielen Ratsuchenden zielführender, bei Betroffenenverbänden nach **Listen mit Ärzt*innen, die diskriminierungssensibel arbeiten**, zu fragen, anstatt eine formale Beschwerde einzureichen. Dem in der Regel dringlichen Ziel, eine alternative Behandlungsmöglichkeit zu finden, ist eine Beschwerde nachgelagert, für die die beschriebenen Hürden und fraglichen Erfolgsaussichten gelten:

„Also ist mir jetzt persönlich bei uns kein Fall bekannt, dass das [Beschwerdemanagement] genutzt wurde. Wir bekommen eigentlich immer die Anfrage: ‚Habt ihr eine Liste? Habt ihr eine Liste von Ärzt*innen, die fett positiv eingestellt sind, wo ich nicht nur diese verdammte Zahl auf der Waage bin, sondern eine menschenwürdige Behandlung auf Augenhöhe, die meine Lebenssituation und meine Potenziale berücksichtigt?‘ Und das wird bei uns oft nachgefragt.“ FGI_1, Pos. 949–954)

4.2 Erfahrung mit den vorhandenen Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitswesen

Die **Ziele** von Betroffenen beziehungsweise Ratsuchenden, die das Aufsuchen einer Anlauf- oder Beschwerdestelle des Gesundheitswesens in Betracht ziehen, erstrecken sich nach Aussage der Expert*innen in der Regel von dem Wunsch einer **anonymen Rückmeldung** an die Institution über das Erwirken einer **Fortführung der Behandlung beziehungsweise Vermittlung von alternativen Behandlungsmöglichkeiten** bis hin zu einer Auseinandersetzung mit den Beschuldigten über die erlebte Diskriminierung. Während bei einer anonymen Rückmeldung ein Kulturwandel in den medizinischen Einrichtungen angestrebt wird, der ihnen oder anderen Betroffenen mittelfristig hilft, wird bei namentlichen Beschwerden eine Anerkennung der Patient*innenrechte angestrebt, entweder auf eine Behandlung oder einen diskriminierungsfreien Zugang zur Behandlung. Bei der expliziten und namentlichen **Thematisierung der Diskriminierung** wird von den Betroffenen erwartet, dass es zu einer Kontaktaufnahme mit dem*der Beschuldigten, zu einer Anerkennung der Diskriminierung oder zu einer **Entschuldigung** kommt:

„Ja, wir werden eigentlich am häufigsten gefragt nach Möglichkeiten, Institutionen anonym Rückmeldung zu geben. Dann verknüpft mit so einem ganz tiefen Wunsch danach, das würde dann proaktiv ernst genommen und bearbeitet werden. Was natürlich eigentlich so einen tiefgreifenden Kulturwandel erst mal voraussetzt.“ (FGI_2, Pos. 1186–1190)

*„Die Ratsuchenden, die zu uns kommen, wünschen sich häufig erst mal eine Anerkennung der Diskriminierung und das können wir als Beratungsstelle zwar leisten, aber auch die Anerkennung von der Person, die diskriminiert hat, und da auch nach einer Entschuldigung, also etwas Niedrigschwelligem und das ist schon relativ schwer, das überhaupt durchzusetzen, weil sehr wenig Einsicht vorhanden ist, meistens bei den Ärzt*innen, dass diskriminiert wurde. Ja, und häufig eben, dass die Behandlung überhaupt fortgesetzt werden kann, dann möglichst an einer anderen Stelle, wo quasi mehr Kompetenz vorhanden ist.“* (FGI_1, Pos. 1461–1468)

Die **Erfahrungen** der befragten Expert*innen mit den bekannten Anlauf- und Beschwerdestellen waren diesbezüglich **überwiegend negativ**. Über den Beschwerdeprozess sowie gegebenenfalls in die Beschwerdebearbeitung einbezogene oder einzubeziehende externe und interne Stellen herrscht weitgehende **Intransparenz**. Im Ergebnis erhalten die Befragten **oft keine Antwort** auf ihre Kontaktversuche, lediglich eine als von den Betroffenen aggressiv empfundene formulierte Rückmeldung oder eine Rückmeldung, die die Betroffenen beziehungsweise ihr konkretes Anliegen ignoriert:

„Da kommt nichts Aussagekräftiges zurück. Wir kriegen im Normalfall eine Antwort, die ist sehr lapidar. Es ist so ein wahnsinnig dickes Brett. Ich würde wirklich mal gerne wissen, wie so eine Beschwerde innerhalb der Ärztekammer abläuft? Ich bin so neugierig. Denn es kann doch nicht sein. Und es wird so weggefegt. Und wir wissen, es ist total unbefriedigend für die Ratsuchenden, für uns.“ (FGI_2, Pos. 503–508)

„Manchmal haben wir die Beschwerden geschrieben und als Antwort ein ganz, ganz, ganz aggressives Schreiben bekommen. Wer sind wir überhaupt, dass wir Fristen setzen, und also wirklich ganz, ganz, ganz böse geschrieben. Aber auch direkt von den Anwälten der Ärzte.“ (FGI_2, Pos. 752–755)

„Ich hatte letztens eine Erfahrung, wo dann das Beschwerdemanagement sich eingeschaltet hat. Die haben auch wirklich, sind auf unsere Fragen eingegangen und haben gesagt, was sie noch machen werden und wollen. Für uns. Also für unsere Seite allein vom Strukturellen eine gute Antwort. Aber sie sind überhaupt nicht eingegangen auf die Perspektive der Ratsuchenden. Keine Entschuldigung. Kein Verständnis.“

Des Weiteren wird die von Betroffenen wahrgenommene Diskriminierung von den Beschuldigten oder den Anlaufstellen **oft relativiert oder abgesprochen**. Wird eine Diskriminierung anerkannt, kommt es nach Erfahrung der Expert*innen in der Regel zu einer Entpolitisierung der Fälle, das heißt, dass von einem individuellen Problem ausgegangen wird und nicht von einer strukturellen und institutionellen Diskriminierung. Die Diskriminierung wird als individuelles Missverständnis relativiert und Diskriminierung als Hintergrund von kommunikativen Problemen ausgeschlossen:

„Krasse Entpolitisierung der Fälle durch die Institutionen und Strukturen. Also da wird es individualpsychologisch als Konflikt benannt oder eingeordnet oder sogar als, na ja, solche Konflikte gehören halt dazu. Zu einer Therapie beispielsweise. Genau. Oder nicht ernst nehmen, runterspielen.“
(FGI_2, Pos. 269–273)

„Und in dem anderen Fall hat die betroffene Person selbst, (...) quasi selbst innerhalb der Strukturen eben versucht, die Person, mit der sie eben sowieso in Kontakt stand, anzusprechen. Aber da (...) das wurde komplett entpolitisiert einfach. Und gar nicht irgendwie als was, wo überhaupt eine Beschwerde in Frage käme, erkannt.“
(FGI_2, Pos. 696–702)

Auch die unmittelbaren Erfahrungen von Betroffenen, die sich unabhängig von den Beratungsstellen eigenständig beschwert haben und von denen die Expert*innen lediglich Kenntnis erhalten haben, waren überwiegend negativ. So haben Betroffene den Expert*innen berichtet, keine Rückmeldung auf ihre Beschwerde zu erhalten oder dass die erlebte Diskriminierung relativiert oder abgesprochen wurde. Außerdem erleben Ratsuchende in Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens häufig **Bevormundung und weitere Diskriminierung**:

*„Es wird so häufig den Personen abgesprochen, dass das überhaupt eine Diskriminierung war. Und häufig ist es so, dass die Leute eigentlich mit dem Widerspruchsverfahren massiv ausgelastet sind. Wir wissen zwar, dass manchmal noch eine parallele Beschwerde die Dinge ein bisschen beschleunigt, ein bisschen Druck aufbaut. Aber die Klient*innen kommen häufig nicht dazu, das noch mal in Angriff zu nehmen. Deswegen versuchen wir das häufig über die begleitenden Psychotherapeut*innen zu vermitteln, dass die an der Stelle unterstützen und diese Beschwerden auch schreiben. Und aber es wird halt immer wieder das Diskriminierungserleben abgesprochen. Und behauptet, das könne ja gar nicht sein und so was gibt es ja gar nicht und so weiter.“*
(FGI_2, Pos. 176–185)

Manche Betroffenen erleben als Reaktion auf ihre Beschwerdeeinreichung statt Verständnis **Abwehr und Solidarisierung mit den Beschuldigten**:

„Da wurde sich aber dann quasi von allen Ebenen hinter die Person gestellt, von der, also über die es die Beschwerde gab. Und der Antisemitismusvorwurf ist ja irgendwie das Allerschlimmste, was einem in Deutschland treffen kann. Da wird sich dann auf jeden Fall solidarisiert mit der Person, die diesem schlimmen Vorwurf ausgesetzt ist.“
(FGI_2, Pos. 692–696)

„Meine Erfahrung ist, dass sie sich immer vor den Kopf gestoßen fühlen, wenn man das Wort Diskriminierung in den Mund nimmt.“ (FGI_1, Pos. 92–93)

Eine große Hürde einer angemessenen Beschwerdebearbeitung wird in der **fehlenden Unabhängigkeit** gesehen:

„Die Ärzteschaft ist eine Interessenvertretung letztlich der Ärzte, die das nebenbei macht. Und auch das Beschwerdemanagement im Krankenhaus machen Leute, die vom Krankenhaus finanziert werden und von daher auch immer überlegen müssen, auf welcher Seite sie in diesem Konflikt stehen.“ (FGI_1, Pos. 1037–1041)

Hinzu kommen in der Erfahrung der Expert*innen **unklare Zuständigkeiten** für das Durchsetzen von Konsequenzen bei diskriminierendem Verhalten, die den Erfolg einer Beschwerde erschweren. Im Ergebnis wurde die Kontaktaufnahme zu den Beschuldigten und den Anlaufstellen als nutzlos oder nicht zielführend beschrieben:

„Die Rückmeldungen sind sehr, sehr, sehr spärlich. Meistens kommt da nichts oder eher so, da war wohl ein Missverständnis. Leider ist es so, dass eben viele Menschen dann über diese Stufe nicht hinausgehen möchten. Sodass es oft genug eben dann nach dieser frustrierenden Rückmeldung oder unterbliebenen Rückmeldung im Sand verläuft und, ja, das ist dann natürlich das Gegenteil von dem, was man sich da wünschen würde.“ (FGI_2, Pos. 712–717)

„Auch wenn man sagen muss, dass das jetzt letztendlich im Resultat doch in der Regel eher zu wünschen übriglässt. Also es ist immer so, dass sich eben der Sache wohlmeinend angenommen wird, nur was so an Resultaten dann zum Schluss dabei rauskommt außer einem netten Gespräch, das ist halt wirklich wenig.“ (FGI_2, Pos. 112–116)

„Mit den Psychotherapeutenkammern haben wir schon immer mal zu tun, aber wir empfehlen eigentlich da keine großen Aktivitäten. Ist komplett nutzlos.“ (FGI_2, Pos. 90–91)

Nur **vereinzelt** wurden auch **positive Erfahrungen** genannt. Hierzu gehörten ein Interventionsgespräch, juristische Beratung sowie das Ermöglichen eines Ärzt*innenwechsels. In einem Fall konnte eine Entschuldigung erwirkt werden. Eine Entschuldigung ist nach Erfahrung der Expert*innen eines der wesentlichen Ziele der Betroffenen, wenn sie eine Beschwerde äußern:

*„Also in dem einen Fall tatsächlich hat es was gebracht. Da war einfach eine Auseinandersetzung, also auch so Meinungsverschiedenheiten und ging es ein bisschen um die Sensibilisierung von den Ärzt*innen. Aber im Großen und Ganzen folgte dann ja auch eine Entschuldigung und das war das, was die Ratsuchenden sich gewünscht haben.“* (FGI_2, Pos. 781–785)

4.3 Verbesserungspotenziale

Die befragten Expert*innen sehen in vielen Punkten Verbesserungspotenziale. Diese beziehen sich sowohl auf bestehende Anlauf- und Beschwerdestellen als auch gegebenenfalls neu zu schaffende Strukturen:

- Anerkennung, dass es Diskriminierung gegenüber Patient*innen im Gesundheitswesen gibt, und entsprechende transparente Information über Zuständigkeiten bei Beratungs- und Beschwerdebedarf im Falle von Diskriminierungserfahrungen,
- Schulung der Ansprechpartner*innen, Vermittlung der „Peer-Komponente“, Richtlinien zum Umgang,
- Stärkung rechtlicher Befugnisse, Einrichtung neutraler Beschwerdestellen.

Anerkennung und Information zum Tatbestand Diskriminierung

Akteur*innen des Gesundheitswesens müssten zunächst grundsätzlich anerkennen, dass es diskriminierendes Verhalten des medizinischen Personals gibt, und nicht von Einzelfällen von „Missverständnissen“ ausgehen oder von Kommunikationsproblemen, die auch ohne Diskriminierungsbezug auftreten und somit keiner besonderen Schulung oder Vorgehensweisen bedürften. Zu der Anerkennung des Tatbestands Diskriminierung gehörten eine institutionelle Verankerung des Themas, vergleichbar mit der Schulung von Arbeitgeber*innen zum AGG, und ein **niedrigschwelliger Zugang zu Beschwerdeverfahren** und eine Offenheit für die Anliegen der Betroffenen:

„Und dann denke ich mir, so, wird das Thema Diskriminierung in irgendeiner Weise, Vielfalt, Diversity, gibt es das in, eigentlich wäre das doch so wichtig, dass in vielen Berufen im Gesundheitswesen mit einzunehmen, weil einfach unsere Gesellschaft immer vielfältiger wird. Ich habe das Gefühl, dass aber auf den Ebenen, wo entschieden wird oder wo agiert wird, die Vielfalt noch nicht so richtig angekommen ist. Und ich glaube, dass da einfach große Konflikte dadurch einfach entstehen.“
(FGI_2, Pos. 1250–1256)

„Weil es ganz häufig an individuellen Kompetenzen und Engagement hängt. Das ist natürlich ein Problem, wenn Kompetenz und Qualitätssicherung nicht strukturell verankert sind, sondern immer noch bei Einzelpersonen liegen und nicht nachweislich abgesichert werden.“
(FGI_2, Pos. 1434–1437)

„Die Aussage ‚Wenden Sie sich an uns, wenn Sie Diskriminierung im Gesundheitswesen erlebt haben‘, darüber wird gezeigt, man hat eine strukturelle Dimension in dieser Gesellschaft geschnallt und die passiert eben auch im Gesundheitswesen.“
(FGI_1, Pos. 1209–1212)

*„Und natürlich, das muss auch niedrigschwellig sein. Sonst können die Leute das ja gar nicht erreichen. Es muss total sichtbar sein. Es wäre super, wenn Ärzt*innen das irgendwie auslegen müssten, sowie auch jeder Arbeitgeber eigentlich über das AGG informieren müsste. Wird ja auch nicht gemacht. Aber das drinnen zu verankern geht. Bei jeder medizinischen Stelle muss das auch mal klargemacht werden, dass es das gibt. So eine Informationsniedrigschwelligkeit.“*
(FGI_1, Pos. 1275–1281)

Die notwendige Offenheit einer Anlauf- und Beschwerdestelle für Diskriminierungserfahrungen wird laut den Befragten anhand einer allgemeinen internen Bereitschaft zum Lernen und **vertrauensbildender Maßnahmen gegenüber Betroffenen** deutlich:

„Dass man halt so einen Hinweis auch als wichtig und konstruktiv aufnimmt und irgendwie sich in die Lage versetzt, dazu danke zu sagen und es wichtig zu nehmen, anstatt einen Angriff darin zu sehen und in eine Verteidigung und Abwehr gehen zu müssen.“ (FGI_2, Pos. 1201–1204)

*„Ich glaube auch, dass Beschwerdestellen in Vorschuss quasi gehen müssen, vertrauensbildende Maßnahmen erst mal selbst ergreifen müssen, bekannter werden müssen und auch mit Berater*innen viel aktiver in Kontakt treten müssen. Weil sonst weder Ratsuchende darüber Bescheid wissen noch wir mit unseren überschaubaren Kapazitäten in der Beratungspraxis uns entscheiden werden, diese Ressourcen, die wir haben, einzusetzen, um damit in Kontakt zu treten.“* (FGI_2, Pos. 1422–1427)

In erster Linie wünschen sich Betroffene nach Aussage der Expert*innen Sicherheit, Schutz und, dass sie mit ihrer Beschwerde ernst genommen werden. Die Expert*innen erkennen bei den Betroffenen zudem das Bedürfnis nach klaren und **transparenten Beschwerdestrukturen**. Insgesamt wünschen sich die Befragten mehr **Öffentlichkeit und Transparenz** für bereits bestehende Strukturen und damit mehr **Klarheit über Zuständigkeiten** und die Hierarchie einzubeziehender Akteur*innen. Das trifft auch auf den **Ablauf von Beschwerdeprozessen** zu.

„Wir warten monatelang, wenn wir Kammerbeschwerden machen, dass es überhaupt eine Rückmeldung gibt, dass die Beschwerde eingegangen ist. Es ist komplett unterschiedlich, kriegt man die Reaktion des Arztes, der Ärztin, über die man sich beschwert, kriegt man gar nichts. Ich finde das absolut intransparent.“ (FGI_1, Pos. 700–704)

„Beschwerdestellen im Gesundheitswesen [zeichnen] sich durch Intransparenz aus (...). Für welche Frage ist so eine Ärztekammer zuständig? Dann muss man erst mal die Landesärztekammer finden, dann muss man gucken, mit was hat man es hier eigentlich zu tun, ist eher die KV zuständig, also wenn es darum geht, dass Behandlungsverweigerung da ist und der Behandlungsauftrag in der Fläche nicht geregelt ist, bei berufsrechtlichen Sachen eher die Kammer. Das ist für jemanden, der das bundesdeutsche System kennt, schon schwierig und wenn man sich die Seiten der Kammern anguckt, dann gibt es Kammern, ich glaube, NRW oder Westfalen oder vielleicht auch Nordrhein, die haben zumindest so ein Formular, was Beschwerden angeht. Alles andere, diese Frage überhaupt zu thematisieren auf der Kammerseite, das ist Maulwurfsarbeit.“ (FGI_1, Pos. 682–695)

Schulung

Für die Antidiskriminierungskompetenzen von Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens sehen die Befragten noch großes Schulungspotenzial. Die Expert*innen erwarten hier einen **Ausbau der Fachkompetenzen**, der **Sprachkompetenzen** sowie eine **Sensibilisierung für unterschiedliche Diskriminierungserfahrungen** sowie die **spezifischen Lebenslagen verschiedener Menschen**:

*„Also wo Antidiskriminierung draufsteht, muss auch Antidiskriminierung drin sein, sonst ist da einfach eine zusätzliche Gefahr nochmal, ja? Und das löst dann wirklich maximale Resignation aus. Wenn etwas, wo das Label draufsteht, sie vertreten MICH, ich habe mir eine Partner*in sozusagen an die Seite gestellt und stelle dann fest, ich erlebe aber ein Anzweifeln, dann ist das extrem schwierig.“* (FGI_1, Pos. 1265–1270)

*„Ich würde gerne noch was sagen zu den Beschwerdestellen in den Krankenhäusern. Wenn wir da hinschreiben oder so zu den Patient*innenfürsprechern, es ist ganz oft die Erfahrung, dass wir erst einmal für Diskriminierung und Rassismus sensibilisieren müssen, damit das Anliegen überhaupt erst genommen wird. Und das ist sicher nicht nur bei uns so, sondern bei allen Stellen. Ist wahnsinnig mühsam, ist gut, wenn wir das als Beratungsstelle übernehmen und nicht die Ratsuchenden das selbst machen müssen, aber da ist so eine, einfach eine wahnsinnige Hürde noch einmal, um ernst genommen zu werden.“* (FGI_2, Pos. 121–129)

„Wenn ich mich nämlich als ratsuchende Person an eine Stelle wende und merke bereits nach den ersten drei Sätzen, dass die mich als Transperson sehen und nicht als Interperson, dann ist das Vertrauen weg. Also erstens: Das muss genannt werden, weil dann diese Stelle zumindest signalisiert, wir sehen auch die Diskriminierung dieser Person, aber es muss verpflichtend sein auch mit einer entsprechenden Expertise. Die muss dann da sein. Das heißt, diese Stelle muss auch fortgebildet sein, in Bezug auf spezielle Aspekte bei Intergeschlechtlichkeit, bei Transidentität, bei Nonbinarität und so weiter.“ (FGI_1, Pos. 1325–1332)

Für das Vertreten der Anliegen der Betroffenen sei die sogenannte „**Peer-Komponente**“ maßgeblich entscheidend für eine zufriedenstellende Bearbeitung von Anfragen von Betroffenen, das heißt, dass Personen am Beratungs- oder Beschwerdeprozesse beteiligt sind, die die Lebensrealität der Betroffenen kennen. Dies kann durch Einbezug von Personen realisiert werden, die selbst diskriminierungserfahren sind. Andererseits können die Einrichtungen und ihre Anlaufstellen selbst einen stärkeren Ausbau der Themen der Diversity und des Empowerments in die Aus- und Weiterbildung der beteiligten medizinischen und beratenden Berufsgruppen aufnehmen.

„Also dieser Peer-Ansatz, der ist wichtig, weil bei Antidiskriminierungsberatung geht es um Vertrauen. Die Leute müssen wissen, wenn die hier anrufen, da müssen so ein paar Standards sein, dass man sich öffnet, dass man sich traut, weil das ist immer wieder ein Outing.“ (FGI_1, Pos. 1137–1143)

„Wir verweisen jetzt nicht auf eine andere oder unabhängige Patientenberatungsstelle, weil sie die Peer-Komponente nicht hat, und die ist noch mal relativ wichtig hervorzuheben, glaube ich, auch bei dem Punkt, wenn es um eine unabhängige Beschwerdestelle oder eine Koordinierungsstelle oder so geht, an die sich Menschen wenden können, die diskriminiert wurden, weil die muss niedrigschwellig sein und da (...), da müssen Menschen auch empowert werden, dass sie eben in ihrem Fall Menschen vor sich sitzen haben, die die Diskriminierung verstehen können auf einer emotionalen Ebene und das ist sehr, sehr wichtig einfach, ja, um überhaupt zu sehen, ich werde hier ernst genommen. Und das ist auch ein sehr wichtiger Punkt, dass die Diskriminierten sich häufig auch einfach nicht ernst genommen fühlen in dem ganzen System.“ (FGI_1, Pos. 1101–1113)

Da die Betroffenenverbände und (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen nach eigener Ansicht diese Peer-Komponente im Wesentlichen leisten, benötigten diese **mehr finanzielle Mittel, um Betroffene im Diskriminierungsfall im Gesundheitswesen adäquat unterstützen** zu können, solange die Institutionen des Gesundheitswesens keine tiefer gehende Antidiskriminierungskompetenz aufbauen.

Stärkung rechtlicher Befugnisse, Einrichtung neutraler Beschwerdestellen

Auch rechtlich verbindliche Befugnisse für die Betroffenenverbände und (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen wurden als Lösungsvorschlag von den Expert*innen vorgebracht, um dem **Machtgefälle** zwischen Betroffenen und Institutionen entgegenzuwirken. Den Anlauf- und Beschwerdestellen sollten beispielsweise verpflichtend Fristen für Rückmeldungen gesetzt werden können.

„Okay. Also ich glaube, das sind sehr viele Stellschrauben, an denen gedreht werden muss. Wir als Antidiskriminierungsberatung zum Beispiel haben vor allem auch so ein bisschen das Problem, dass wir so ein Erwartungsmanagement machen müssen, was überhaupt möglich ist. Also, wenn wir Ratsuchende haben, die eine Entschädigung haben wollen oder eine Sanktion, also im Sinne von ‚die Ärztin soll nicht mehr ihren Beruf ausüben‘, dann müssen wir sagen, das wird in den seltensten Fällen, vielleicht in 0,001 Prozent der Fälle, passieren. Und dementsprechend ist der Punkt, (...) mit dem AGG und der Reform sehr wichtig. Also, auch wenn ich mir das so vorstelle mit Mieterverein, da braucht es ja auch eine rechtliche Grundlage, um überhaupt handeln zu können. Da haben wir als Beratungsstelle überhaupt gar keine Macht, um irgendwas zu machen, und deswegen sind auch die Ansprechpersonen, die Beschwerdestellen in den Kammern, durchaus auch wichtig, weil die haben gerade überhaupt das in der Hand, dann gegebenenfalls die Approbation zu entziehen. Das können wir natürlich nicht leisten.“ (FGI_1, Pos. 1422–1436)

Des Weiteren wurde mehrfach der Wunsch nach einer **unabhängigen zentralen** Beschwerdesammlung und einer **Beschwerdestelle für Antidiskriminierung bei den Landeskammern** geäußert. Eine Beschwerdestelle zu Antidiskriminierung im Gesundheitswesen könnte nach Ansicht der Expert*innen sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitswesens angesiedelt sein, solange sie unabhängig von wirtschaftlichen Interessen agiert:

*„Also ich denke, wenn ich vielleicht einen Vorschlag machen darf, was wir ganz dringend brauchen, sind unabhängige Beschwerdestellen für Patient*innen, und es gab einen Vorschlag an die Antidiskriminierungsstelle des Bundes, solche Beschwerdestellen für das AGG bei jeder Landeskammer zu machen. Also, dass wenn Beschwerden über Diskriminierung kommen, erst mal dort geklärt werden muss und auch schnell, um was geht es hier, kann man sich hier irgendwie einigen und ansonsten geht es gegebenenfalls vor Gericht.“* (FGI_1, Pos. 704–710)

„Ja, also ich finde die Idee von so einer unabhängigen Beschwerdestelle total wichtig und richtig und ich weiß, dass das im Bereich Schule gerade angedacht wird und es wäre ja einfach toll, wenn das im Gesundheitswesen genauso wäre. Weil ich glaube, dann wäre diese Hürde, ich gehe jetzt zum Arzt und beschwere mich über das Verhalten des Arztes, also dann wird das einfach anonymisierter und ich habe das Gefühl, dass das einfach, genau, dass halt einfach die Hürde total gering wäre, also oder dass das sehr niedrigschwellig wäre, um das Wort mal zu nehmen, um dorthin zu gehen und sich einfach zu beschweren über das, was passiert ist, und keiner da ist und einen richtet. Sondern man erst mal die Fakten hervorbringen kann.“ (FGI_2, Pos. 1237–1246)

„Also im Rahmen der Beratung wird oft zurückgemeldet, dass es gut wäre, wenn es irgendwo eine übergeordnete Stelle gäbe, wo man sich hinwenden kann und wo auch gar nicht so sehr nur auf das Merkmal, den Ausgangspunkt der Diskriminierung war, geguckt wird. Sondern mehr darauf, was kann man tun, um den Ratsuchenden weiterzuhelfen in ihrer Angelegenheit? Und es wird mir immer wieder zurückgemeldet, dass das als kontraproduktiv erlebt wird, sich mit dieser Diskriminierungserfahrung an die diskriminierende Institution wenden und dort um Verständnis ringen zu müssen.“
(FGI_2, Pos. 1206–1213)

Für einen **verbesserten Diskriminierungsschutz** seitens der Gesetzgeber*innen sind dabei neben der Ausweitung der geschützten Merkmale auch Verbesserungen für die **Rechtsdurchsetzung** notwendig, die die spezifischen Diskriminierungsgefahren aller diskriminierter Gruppen in den Blick nimmt:

„Also ich sehe das auch so, dass es unbedingt erforderlich ist, das AGG nachzuarbeiten. Und es auf Länderebene flächendeckend auch durch Landesantidiskriminierungsgesetze zu konkretisieren. Das AGG ist eine wunderbare Sache dem Grunde nach. Und im konkreten Diskriminierungsfall ist dieses Messer leider ganz oft stumpf.“
(FGI_2, Pos. 1084–1088)

„Das AGG ist eben komplett ungeeignet, um Diskriminierung von Transpersonen irgendwie justizierbar zu machen. Das ist sozusagen komplett ärgerlich, auch dass keine Weiterentwicklung stattfindet.“
(FGI_2, Pos. 1018–1021)

4.4 Zwischenfazit Erfahrungen aus Betroffenen­sicht

Die Fokusgruppen mit Ansprechpartner*innen von Betroffenenverbänden und (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen für von Diskriminierung betroffenen Personen verdeutlichen die **Hürden**, die dem Vorbringen von Beschwerden im Gesundheitswesen entgegenstehen. Patient*innen erleben im Gesundheitsbereich Diskriminierung häufig auch Mehrfachdiskriminierung, die sie gegebenenfalls bereits aus anderen Lebensbereichen kennen. Die Diskriminierungen im Gesundheitsbereich werden aber häufig als besonders schwerwiegend wahrgenommen, da sie im Zusammenhang mit einem **akuten Behandlungsbedarf** und in einem **Abhängigkeitsverhältnis** zu einem Gesundheitssystem stehen, das **mit knappen Ressourcen** ausgestattet ist. Dabei ist die Wahl alternativer medizinischer oder therapeutischer Praxen und Krankenhäuser für die von Diskriminierung betroffenen Personen nur begrenzt möglich. Die Betroffenen müssen sich primär um die **Fortführung ihrer Behandlung** bemühen, sodass das Einfordern eines Rechts auf einen diskriminierungsfreien Zugang beziehungsweise einer diskriminierungsfreien Behandlung oft hintangestellt werden muss.

Zudem stellt die lange **Dauer von offiziellen Beschwerdeprozessen**, die gegebenenfalls durch eine vorangestellte Beratung über mögliche Beschwerdewege noch verlängert wird, im Ergebnis eine oft zu hohe Hürde für die Betroffenen dar, eine offizielle Beschwerde aktiv zu verfolgen, die über eine anonyme Rückmeldung hinausgeht.

Negative Reaktionen der behandelnden Personen in der Gesundheitsversorgung oder der Anlauf- und Beschwerdestellen auf die Beschwerden im Sinne von Bagatellisierung und fehlende Selbstreflexivität bei den Beschuldigten reduzieren die Wahrscheinlichkeit, dass sich die Betroffenen für ihre Rechte einsetzen, zusätzlich. Darüber hinaus besteht nach der Beschreibung der Expert*innen im Vergleich zu einer Antidiskriminierungsberatung in den Anlaufstellen des Gesundheitswesens selten die Kompetenz, für Diskriminierung in den Anfragen der Patient*innen sensibilisiert zu sein, das heißt die besondere Vulnerabilität der Betroffenen zu erkennen, Diskriminierung aufzudecken und die Patient*innen in ihrem Wunsch nach einem diskriminierungsfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung beziehungsweise diskriminierungsfreier Behandlung zu unterstützen (vergleiche zum Beispiel den Beratungsleitfaden der ADS 2015). Im Gegenteil wird von den Expert*innen auch im Gesundheitswesen häufig noch die im Allgemeinen vorherrschende **Verteidigungshaltung** der Beschuldigten beziehungsweise ein Alltagsverständnis von **Diskriminierung als Vorwurf** und Angriff (ebenda) wahrgenommen, sodass ein Gespräch über Diskriminierung oder ein durch Richtlinien und systematische Schulungen professionalisierter Umgang erschwert ist. Selbst der vergleichsweise einfach anmutende Wunsch der Betroffenen nach einer **Entschuldigung** durch die Beschuldigten bleibt nach Erfahrung der Expert*innen in der Regel unerfüllt. Werden trotz der vielfältigen Hürden Beschwerden bei den **Ärzttekammern** vorgebracht, führen diese nach Erfahrung der Expert*innen ebenfalls zu keinen relevanten Konsequenzen für die Beschuldigten oder zu positiven Entwicklungen für die Betroffenen. Das **AGG** wird in diesem Kontext als vergleichsweise pauschal und nicht geeignet angesehen, individuelle und strukturelle Diskriminierung im Gesundheitswesen wirksam zu bekämpfen.

5 Anfrageaufkommen und Arbeitsweisen von Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens im Kontext von Diskriminierungserfahrungen

Die Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitswesen sind mit vielfältigen Themen beschäftigt, zum Beispiel mit medizinischen Fragen zur Wahl oder Qualität einer Behandlung oder von Arzneimitteln, mit dem Verdacht von Behandlungsfehlern oder organisatorischen und kommunikativen Fragen, die im Kontext einer medizinischen Behandlung für Patient*innen relevant geworden sind. Für den Umgang mit Diskriminierungserfahrungen ist daher zunächst relevant, wie hoch das **Aufkommen** von Anfragen (Beratung und Beschwerde) mit Diskriminierungsbezug bei den Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens ist und welches **Mandat** die Anlauf- und Beschwerdestellen **im Diskriminierungsfall** haben. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Onlinebefragungen zur Prävalenz von Diskriminierung in Anknüpfung an die verschiedenen Diskriminierungsmerkmale dargestellt. Es wurde zudem umfassend erhoben, wie die Anlauf- und Beschwerdestellen zu ihrem Angebot im Diskriminierungsfall **informieren** und welche **Kompetenzen und Maßnahmen** zum Umgang mit Diskriminierungserfahrungen dort zur Verfügung stehen. Diese Ergebnisse der Onlinebefragung werden in sieben **Fallstudien** für zentrale Anlauf- und Beschwerdestellen vertiefend analysiert und beschrieben, um die Arbeitsweisen sowie besondere Herausforderungen, Verbesserungspotenziale und Unterstützungsbedarfe genauer zu erkennen.

Das folgende Kapitel gliedert sich nach den drei Bereichen im Gesundheitswesen, die prinzipiell über Anlauf- und Beschwerdestellen verfügen und auch im Diskriminierungsfall Beratungs- und Beschwerdemanagementangebote bieten könnten: Anlaufstellen für Patient*innen der Krankenhäuser und Rehakliniken (**Kapitel 5.1**), der Selbstverwaltung (**Kapitel 5.2**) und der übergeordneten Einrichtungen und Beratungsstellen (**Kapitel 5.3**).

5.1 Anlauf- und Beschwerdestellen der Krankenhäuser und Rehakliniken

Anlauf- und Beschwerdestellen gibt es im direkten Behandlungskontext nur bei den größeren Einrichtungen der stationären Einrichtungen, den Krankenhäusern und Rehakliniken (vergleiche Kapitel 3.1). Einzelne Praxen oder Therapeut*innen sind zwar auch zu einem Qualitätsmanagement verpflichtet und können von Betroffenen auch direkt zu der Diskriminierungserfahrung angesprochen werden, sie verfügen jedoch nicht über Beschwerdemanager*innen oder Patient*innenbeauftragte und werden daher im Kontext der Anlauf- und Beschwerdestellen in der vorliegenden Studie nicht untersucht (vergleiche Kapitel 2).

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Onlinebefragungen der Krankenhäuser und Rehakliniken dargestellt, die zeigen, mit welchem Aufkommen, Zuständigkeiten und Ressourcen/Kompetenzen Anfragen mit Diskriminierungsbezug bearbeitet werden und welcher Handlungsbedarf diesbezüglich gesehen wird. Anschließend werden die repräsentativen Ergebnisse in Fallstudien zu den Arbeitsweisen und den Arbeitsgrundlagen des Beschwerdemanagements sowie der Patient*innenfürsprecher*innen vertieft.

5.1.1 Ergebnisse der Onlinebefragung

Befragte Institutionen und Struktur der Anlauf- und Beschwerdestellen

Aus der Kategorie „Anlauf- und Beschwerdestellen der Krankenhäuser und Rehakliniken“ nahmen an der Befragung insgesamt Anlaufstellen aus **455 Krankenhäusern** sowie aus **45 Rehakliniken** teil.

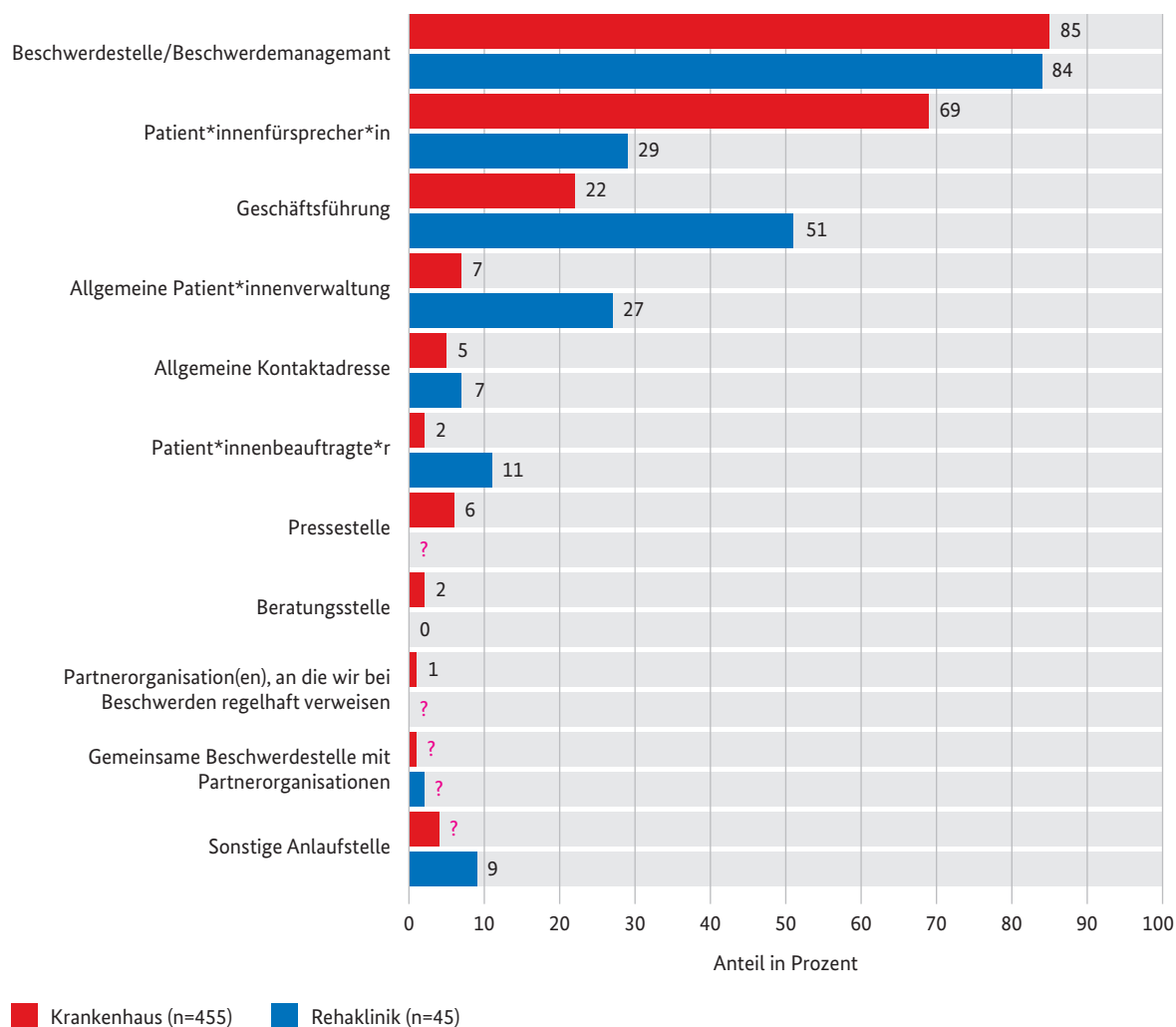
Die **teilnehmenden Krankenhäuser** verteilen sich auf alle Bundesländer bis auf Mecklenburg-Vorpommern. Der größte Anteil ist in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen sowie Bayern angesiedelt. Überwiegend nahmen Anlaufstellen aus kleineren Krankenhäusern an der Befragung teil. 75 Prozent der teilnehmenden Krankenhäuser haben weniger als 600 Betten.

Die **teilnehmenden Rehakliniken** sind nicht im gesamten Bundesgebiet angesiedelt. Aus Bremen, dem Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein nahmen keine Rehakliniken teil. Der größte Teil ist in Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen, Baden-Württemberg und Bayern angesiedelt.

Unter den Teilnehmer*innen der Krankenhäuser gaben 62 Prozent an, dass an ihr Krankenhaus ein **Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)** angeschlossen ist. Von diesen wiederum gaben lediglich zwölf Prozent an, dass das MVZ über eine eigene, vom Krankenhaus unabhängige Anlaufstelle für Beschwerden verfügt. Die Mehrheit (58 Prozent) gab hingegen an, dass dies nicht der Fall sei. Einem großen Teil der Befragten der Krankenhäuser (30 Prozent) scheint außerdem nicht bekannt zu sein, ob ihr MVZ über eine eigene Anlaufstelle verfügt, da sie die Frage mit „weiß nicht / keine Angabe“ beantwortete.

Alle Krankenhäuser und Rehakliniken gaben an, Stellen zu haben, die Beschwerden oder Beratungsanfragen von Patient*innen (unabhängig von deren Inhalt) bearbeiten. Sowohl in Krankenhäusern als auch in Rehakliniken gab die überwiegende Mehrheit der Befragten (jeweils rund 85 Prozent) an, dass Beschwerden oder Beratungsanfragen von Patient*innen durch **die Beschwerdestelle / das Beschwerdemanagement** bearbeitet werden. In den Krankenhäusern geschieht dies außerdem häufig durch **Patient*innenfürsprecher*innen** (69 Prozent der Befragten). In 51 Prozent der Rehakliniken bearbeitet außerdem die Geschäftsführung Beschwerden oder Beratungsanfragen von Patient*innen (Abbildung 1).

Abbildung 1: Welche Stelle in Ihrer Organisation bearbeitet Beschwerden oder Beratungsanfragen von Patient*innen (unabhängig von deren Inhalt)? (Mehrfachantworten waren möglich)



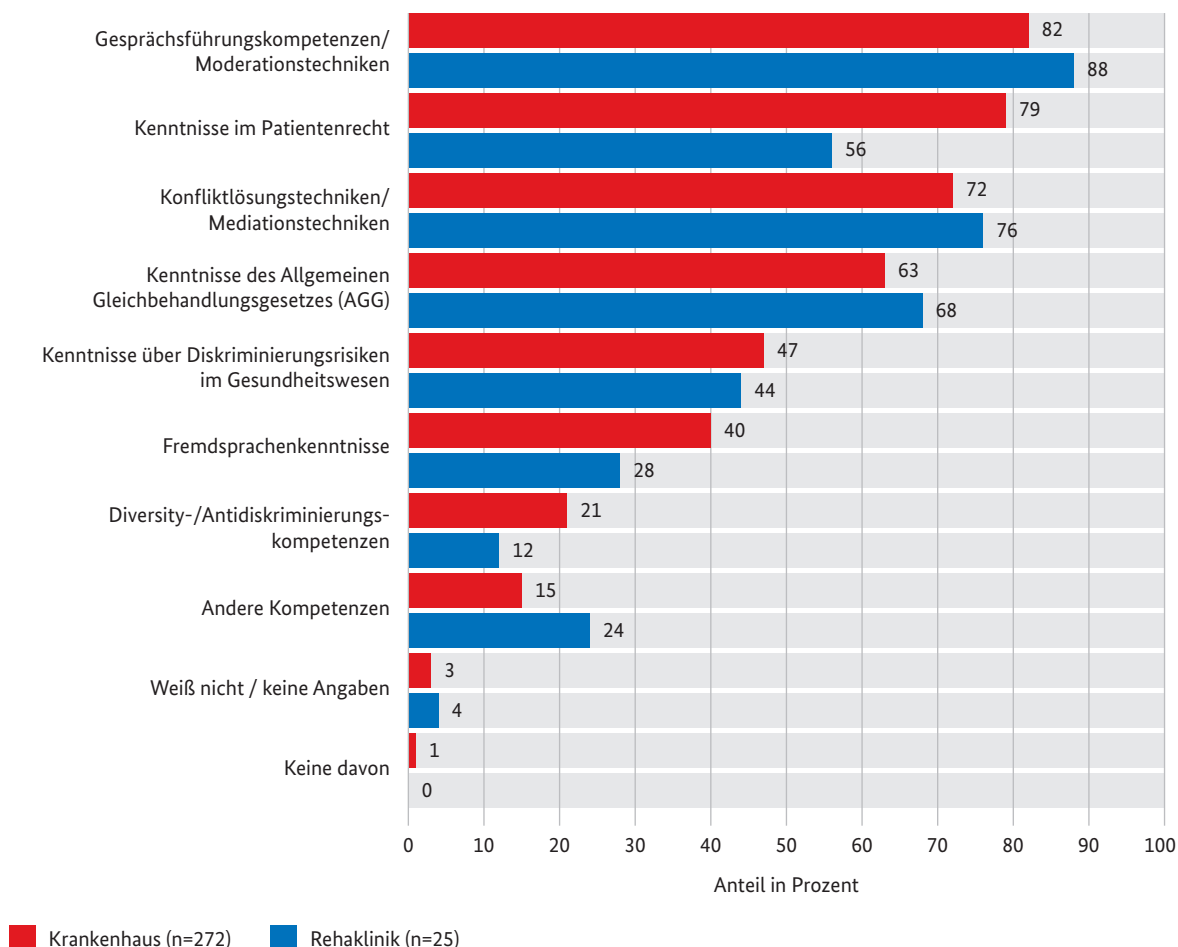
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Anlauf- und Beschwerdestellen

Eine **Zusammenarbeit mit anderen Institutionen** ist hingegen selten. Lediglich zwei Krankenhäuser gaben an, eine gemeinsame Beschwerdestelle mit Partnerinstitutionen zu haben. Hierbei gaben sie an, dass es sich um ein anderes Krankenhaus oder eine standortübergreifende Einheit handelt. Die drei Krankenhäuser, die an eine Partnereinrichtung beziehungsweise -institution verweisen, tun dies entweder an eine übergeordnete Beschwerdestelle oder an das Gesundheitsamt. Auch nur eine Reha-Klinik hat eine gemeinsame Beschwerdestelle mit einer Partnerinstitution. Bei dieser Partnerinstitution handelt es sich um einen Verband.

Wird die **Größe der Krankenhäuser** anhand der Anzahl der Betten betrachtet, zeigt sich, dass größere Krankenhäuser (das heißt mehr als 600 Betten) signifikant häufiger Beschwerden oder Beratungsanfragen im Beschwerdemanagement oder durch Patient*innenfürsprecher*innen bearbeiten als kleinere Krankenhäuser. In einem Drittel der teilnehmenden Krankenhäuser und in knapp einem Viertel der teilnehmenden Rehakliniken ist die Anlaufstelle eine unabhängige Einheit. Dabei lassen sich jedoch große Unterschiede hinsichtlich der **institutionellen Ansiedlung** zwischen Patient*innenfürsprecher*innen und Beschwerdemanagement erkennen, die sich erwartungsgemäß aus dem unterschiedlichen gesetzlichen Auftrag der Stellen ergeben (vergleiche Kapitel 3.1): Während Patient*innenfürsprecher*innen in 64 Prozent der befragten Krankenhäusern eine unabhängige Einheit darstellen, ist dies beim Beschwerdemanagement mit 15 Prozent signifikant deutlich seltener der Fall.

Die **personelle Ausstattung** für die Bearbeitung von Beschwerden von Patient*innen liegt in etwas mehr als der Hälfte der befragten Anlaufstellen in Krankenhäusern und Rehakliniken zwischen zwei und vier Personen. Häufig ist jedoch auch nur eine Person zuständig. Die Anlaufstellen verfügen häufig über umfangreiche **Kompetenzprofile**. In mehr als drei Viertel der Stellen in Krankenhäusern verfügen die Mitarbeiter*innen über Gesprächsführungskompetenzen und Kenntnisse im Patient*innenrecht. In nur einem Fünftel der Stellen in Krankenhäusern verfügen die Mitarbeiter*innen jedoch über Diversity- beziehungsweise Antidiskriminierungskompetenzen (Abbildung 2). Rehakliniken verfügen etwas seltener über Kenntnisse im Patient*innenrecht und in noch geringerem Umfang über Diversity- oder Antidiskriminierungskompetenzen. Diese seltener vertretenen Kompetenzen in den Rehakliniken korrespondieren mit der dort häufig benannten Zuständigkeit für Patient*innenanfragen in Verwaltung und Geschäftsführung, die im Kern andere Aufgaben erfüllen. Die beiden zentralen Anlaufstellen in Krankenhäusern, Beschwerdemanagement und Patient*innenfürsprecher*innen unterscheiden sich dabei hinsichtlich des Qualifikationsprofils der Mitarbeiter*innen kaum. Patient*innenfürsprecher*innen geben jedoch tendenziell etwas häufiger Kompetenzen im Patient*innenrecht an. Insgesamt haben unabhängig von der Größe der Einrichtungen knapp die Hälfte der Anlaufstellen in Krankenhäusern einen juristischen Ausbildungshintergrund oder rechtliche Kenntnisse und knapp ein Drittel der Anlaufstellen in Rehakliniken.

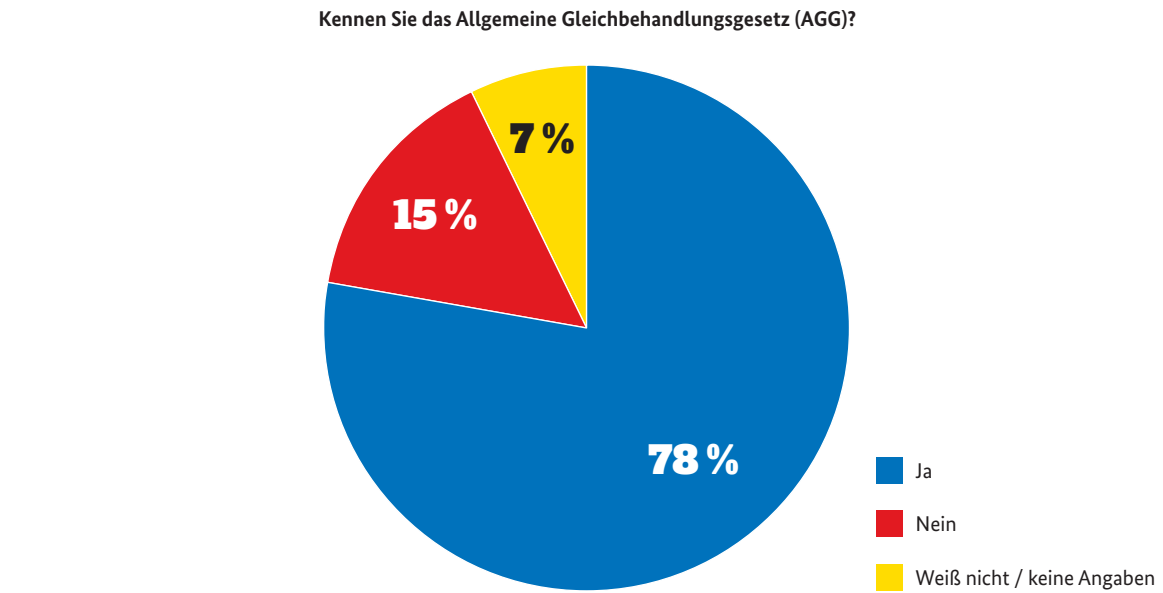
Abbildung 2: Über welche der folgenden genannten Qualifikationen verfügen die Mitarbeiter*innen Ihrer Anlaufstelle?



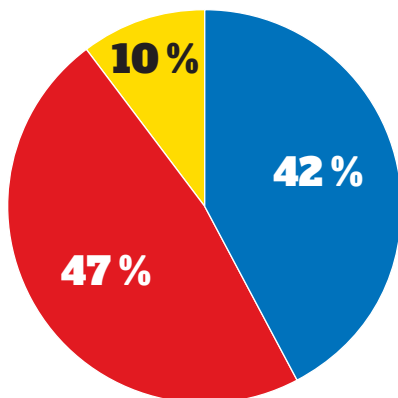
Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Anlauf- und Beschwerdestellen

Die Mehrheit der befragten Anlaufstellen in Krankenhäusern und Rehakliniken kennt das AGG. Von den Stellen, die das AGG kennen, bezieht sich ein Drittel bis die Hälfte in der Bearbeitung der Beschwerden und Richtlinien darauf und/oder es finden spezifische Schulungen statt (Abbildung 3). Im Ergebnis ist nur **in circa 20 Prozent der Krankenhäuser und Rehakliniken das AGG als Arbeitsgrundlage für die Beschwerdebearbeitung** verankert. Dies zeigt sich unabhängig von der Größe der Häuser sowie davon, ob es sich um Beschwerdemanager*innen oder Patient*innenfürsprecher*innen handelt.

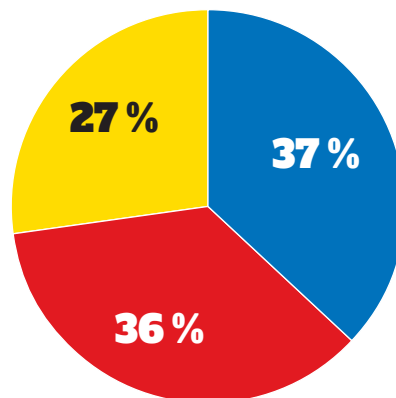
Abbildung 3: Verteilung der befragten Anlaufstellen in Krankenhäusern nach Kenntnissen zum AGG



Falls bekannt: Berufen Sie sich in der Bearbeitung von Beschwerden auf das AGG?



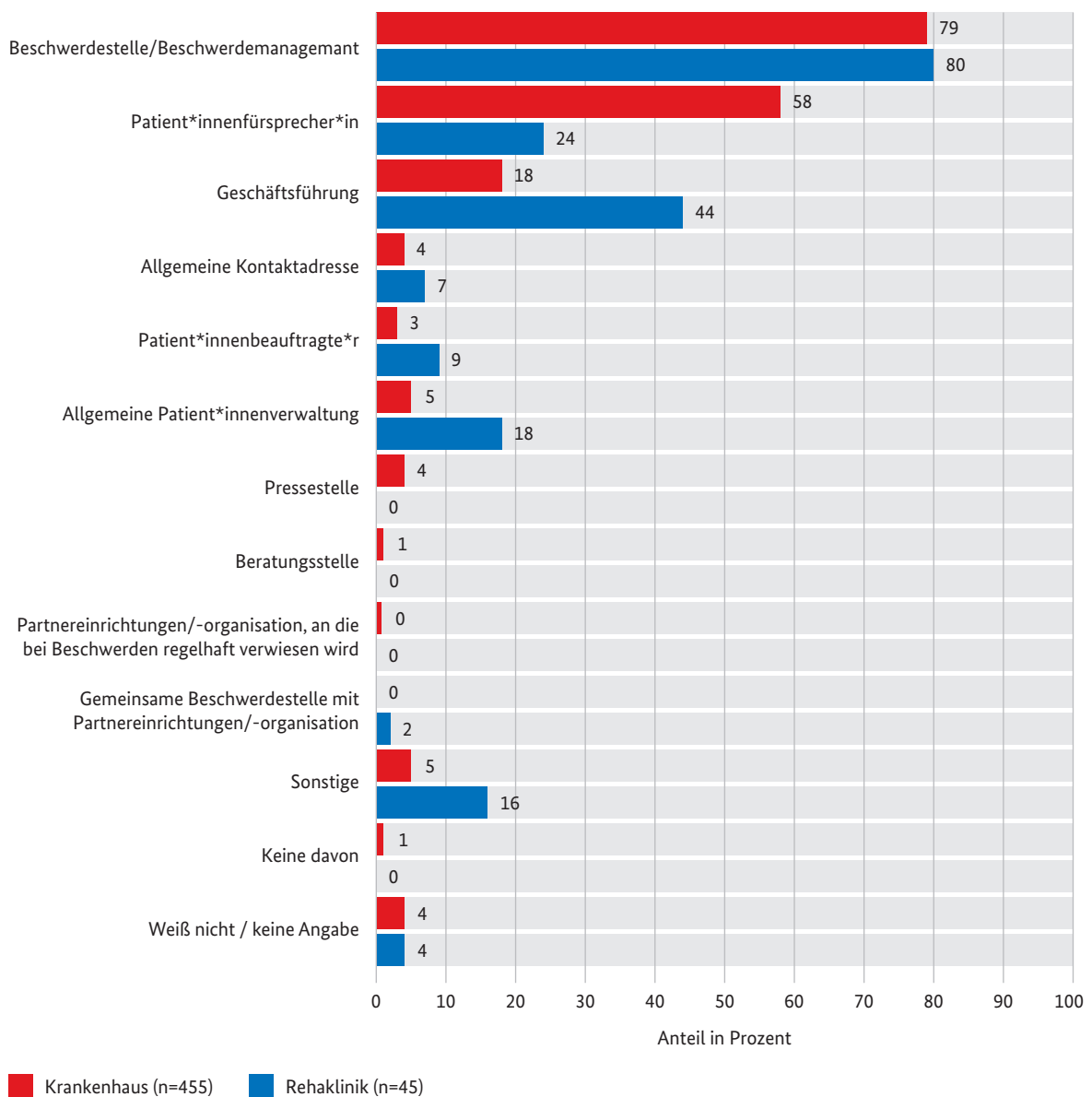
Falls bekannt: Werden der Umgang mit Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen oder das AGG in Schulungen oder Beratungsrichtlinien Ihrer Anlaufstelle berücksichtigt?



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Anlauf- und Beschwerdestellen

Die **Zuständigkeit für Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen** liegt in den teilnehmenden Krankenhäusern und Rehakliniken mit knapp 80 Prozent überwiegend in den Beschwerdestellen beziehungsweise dem Beschwerdemanagement, in 58 Prozent der Krankenhäuser zusätzlich bei Patient*innenfürsprecher*innen sowie in 24 Prozent der Rehakliniken. In Rehakliniken werden dagegen in 44 Prozent der Kliniken auch durch die Geschäftsführung Beschwerden bearbeitet. Mit 18 Prozent der Krankenhäuser ist die Geschäftsführung in Krankenhäusern in deutlich geringerem Maße an der Beschwerdebearbeitung beteiligt (Abbildung 4).

Abbildung 4: Welche Anlaufstellen in Ihrer Organisation nehmen (potenzielle) Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen an?



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Anlauf- und Beschwerdestellen (Auswahl; Mehrfachantworten waren möglich, Frage wurde nur Organisationen mit Anlaufstelle für Beschwerden gestellt)

In Rehakliniken zeigt sich insgesamt ein heterogeneres Bild als in Krankenhäusern. So sind auch die Patient*innenverwaltung (18 Prozent der Kliniken) und der allgemeine Kontakt (sieben Prozent) zuständig, neun Prozent der Rehakliniken haben Patient*innenbeauftragte. Diese Positionen werden in Krankenhäusern nur in drei Prozent der Häuser in die Beschwerdebearbeitung bei Diskriminierung einbezogen.

In Krankenhäusern werden Beschwerden zu **Diskriminierungserfahrungen**, wenn beide Anlaufstellen verfügbar sind und grundsätzlich als zuständig benannt wurden, eher im Beschwerdemanagement als durch Patient*innenfürsprecher*innen bearbeitet. Größtenteils besteht jedoch **keine eindeutige Aufgabenzuweisung** zu einer der beiden Stellen, sodass in den meisten Fällen die Anfrage dort bearbeitet wird, wo sie eingeht.

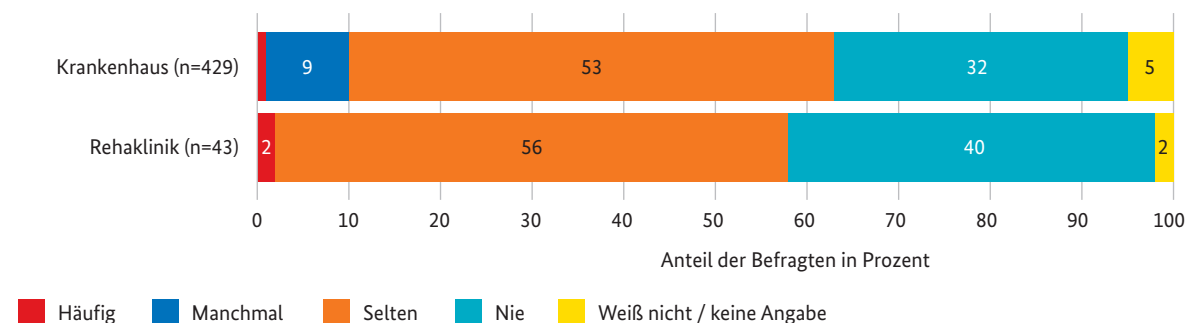
Strukturell weisen somit zusammenfassend der Großteil der Krankenhäuser und Rehakliniken unabhängig von der Größe der Einrichtungen Anlaufstellen auf, die zudem auch größtenteils angeben, für Beschwerden bei Diskriminierungserfahrungen zuständig zu sein. Anteilige Bedeutung haben in der Beschwerdebearbeitung in Krankenhäusern auch die Patient*innenfürsprecher*innen sowie, insbesondere in Rehakliniken, die Geschäftsführungen oder allgemeine Kontaktadressen. Je größer die Häuser sind, desto zentraler liegen die Aufgaben im Beschwerdemanagement und bei den Patient*innenfürsprecher*innen. Die Anlauf- und Beschwerdestellen verfügen über kommunikative und rechtliche Kompetenzen, die für eine Bearbeitung von Beschwerden zu Diskriminierung notwendig sind, diese sind jedoch meist nicht spezifisch für den Diskriminierungsschutz.

Aufkommen an Anfragen und Beschwerden bei Diskriminierungserfahrungen

In nahezu allen teilnehmenden Anlauf- und Beschwerdestellen aus Krankenhäusern und Rehakliniken erfolgt eine **Dokumentation des Inhalts von Beschwerden**: 97 Prozent der teilnehmenden Krankenhäuser und 98 Prozent der Rehakliniken dokumentieren den Inhalt von Beschwerden. Die einzelnen Bearbeitungsschritte werden dabei jedoch nicht von allen Stellen dokumentiert. Zehn Prozent der Stellen in Krankenhäusern und zwölf Prozent der Stellen in Rehakliniken, die grundsätzlich den Inhalt von Beschwerden dokumentieren, dokumentieren die einzelnen Bearbeitungsschritte nicht. Inwiefern mit dieser Dokumentation Diskriminierung als Hintergrund einer Anfrage oder Beschwerde systematisch erfasst wird, kann aus der Befragung nicht geschlossen werden, da nur pauschal erfragt wurde, ob der Inhalt der Anfragen dokumentiert wird. Das gilt auch für eine vertiefende Erfassung der Merkmale, an die die gemeldeten Diskriminierungserfahrungen anknüpfen. Es ist jedoch aufgrund der Fallstudien davon auszugehen, dass, falls Inhalte der Anfragen von Krankenhäusern dokumentiert werden, eher die Formen der Benachteiligung im Vordergrund stehen, unabhängig davon, ob die Benachteiligung an schützenswerte Merkmale anknüpft. Nur in seltenen Fällen werden spezifische Diskriminierungsdimensionen systematisch erfasst, wie zum Beispiel rassistisch motivierte Diskriminierung oder sexuelle Belästigung (vergleiche Kapitel 5.1.2).

In den teilnehmenden Anlauf- und Beschwerdestellen der Krankenhäuser und Rehakliniken kommt es eher **selten zu Beschwerden** im Hinblick auf Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen. So berichten 32 Prozent der Krankenhäuser und 40 Prozent der Rehakliniken, dass es nie zu entsprechenden Beschwerden kommt. Jedoch berichten auch jeweils etwas mehr als die Hälfte der Anlauf- und Beschwerdestellen (53 Prozent der Krankenhäuser und 65 Prozent der Rehakliniken), dass sie zumindest selten Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen erhalten. Bis zu zehn Prozent der Krankenhäuser geben an, dass Diskriminierung mindestens „manchmal“ vorkommt (Abbildung 5).

Abbildung 5: Wie häufig erhält Ihre Anlaufstelle Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen?

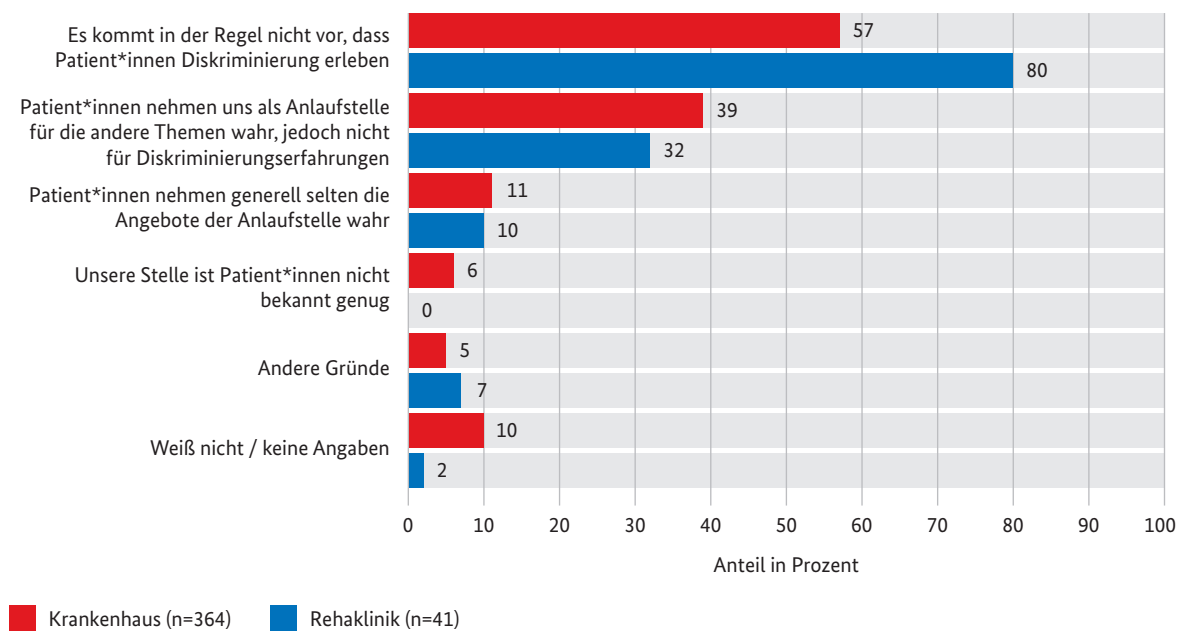


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Anlauf- und Beschwerdestellen

Größere Krankenhäuser mit einer höheren Anzahl an Betten berichten signifikant häufiger von Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen als jene mit weniger Betten. So berichten 80 Prozent der Krankenhäuser mit 1.000 und mehr Betten, dass die Anlaufstellen zumindest selten oder manchmal entsprechende Beschwerden erhalten, Krankenhäuser mit weniger als 300 Betten nur in 50 Prozent der Fälle. Die Gründe dafür sind nicht eindeutig aus der Datenlage zu schlussfolgern. Es könnte in großen Häusern vermehrt zu diskriminierendem Verhalten kommen, oder die Diskriminierung könnte durch professionellere und niedrigschwelligere Beschwerdemöglichkeiten eher benannt und/oder besser dokumentiert sein.

Als Hauptgrund dafür, dass sich Patient*innen selten oder nie mit Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen an die Anlaufstellen wenden, sehen die Befragten, dass Patient*innen **in der Regel keine Diskriminierungserfahrungen** erleben würden. Dies gilt insbesondere für die Rehakliniken. 80 Prozent der Befragten aus Rehakliniken und 57 Prozent der Ansprechpartner*innen aus den Krankenhäusern, die bisher keine Diskriminierung als Inhalt von Beschwerden hatten, geben diesen Grund an. Diese Einschätzung ist vor dem Hintergrund der empirischen Studien unwahrscheinlich, die Diskriminierungserfahrung von Patient*innen im Gesundheitswesen und auch in Krankenhäusern belegen (zum Beispiel Bartig et al. 2021, Beigang et al. 2017, DeZIM 2023). Circa ein Drittel der Befragten der Anlauf- und Beschwerdestellen zieht die Möglichkeit in Betracht, dass Patient*innen sich nicht beschweren, weil sie zwar die Angebote der Anlaufstellen wahrnehmen, jedoch für andere Themen. In 10 bis 15 Prozent der Häuser sind die Anlaufstellen nach Angabe der Befragten insgesamt wenig frequentiert oder überwiegend unbekannt und werden somit auch nicht im Diskriminierungsfall kontaktiert. Jede*r zehnte Befragte*r aus Krankenhäusern gibt zudem an, nicht zu wissen, warum keine Beschwerden von Patient*innen zu Diskriminierungserfahrungen in ihren Anlaufstellen ankommen, oder macht dazu keine Angabe (Abbildung 6).

Abbildung 6: Woran liegt es Ihrer Einschätzung nach, dass sich Patient*innen selten oder nie mit Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen an Sie wenden? (Mehrfachantworten waren möglich)



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Anlauf- und Beschwerdestellen

Der Großteil der teilnehmenden Anlaufstellen aus Krankenhäusern und Rehakliniken, die angegeben haben, dass es grundsätzlich zu Anfragen mit Diskriminierungsbezug kommt, berichten dass sie im Jahr 2021 **einen bis zehn Beschwerdefälle** aufgrund von Diskriminierungserfahrungen hatten (Tabelle 4). In den Jahren 2020 und 2019 lagen die Fallzahlen ähnlich hoch.

Tabelle 4: Krankenhäuser und Rehakliniken: Wie viele Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen hat Ihre Anlaufstelle im Jahr 2021 bearbeitet?

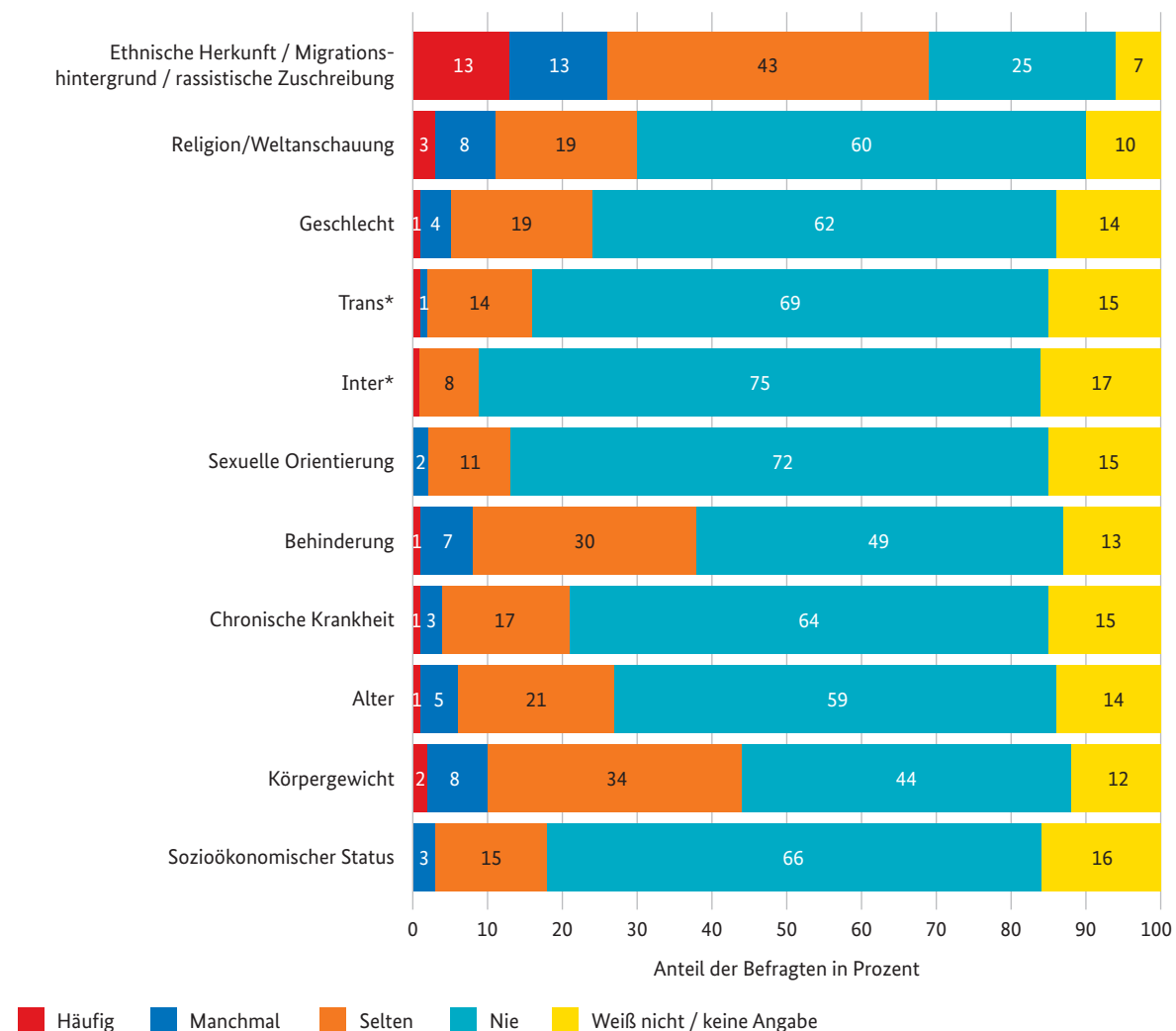
Anzahl an Beschwerden zu Diskriminierung	Krankenhaus (n=217)	Reha-Klinik (n=22)
0 Fälle	19,8 %	4,5 %
1 bis 10 Fälle	71,9 %	90,9 %
11 bis 50 Fälle	6,5 %	0,0 %
Mehr als 50 Fälle	1,8 %	4,5 %
Gesamt	100 %	100 %

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Anlauf- und Beschwerdestellen

Im gesamten Beschwerdeaufkommen der befragten Stellen machen Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen einen eher geringen Anteil aus. In der Regel umfassen diese **bis zu fünf Prozent** aller Beschwerden.

Bezüglich der **Diskriminierungsmerkmale**, die Inhalt von Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen im Krankenhaus sind, wurden grundsätzlich zu allen im AGG geschützten Merkmalen sowie zum Gewicht und zum sozialen Status in Krankenhäusern und Rehakliniken Beschwerden benannt. Die **ethnische Herkunft / der Migrationshintergrund beziehungsweise rassistische Zuschreibung** ist das am häufigsten benannte Diskriminierungsmerkmal (26 Prozent der Krankenhäuser „häufig“, „manchmal“). **Körpergewicht** sowie **Behinderung und chronische Krankheit** zusammengenommen treten im Vergleich zu den weiteren Diskriminierungsmerkmalen ebenfalls häufiger „manchmal“ und „häufig“ auf (jeweils rund acht bis neun Prozent), während Beschwerden zu Diskriminierung aufgrund des Alters in der Gesundheitsversorgung dagegen seltener angegeben werden (fünf Prozent „häufig“ und „manchmal“). Diskriminierung aufgrund des Geschlechts und der Geschlechtsidentität (Trans*, Inter*, sexuelle Orientierung) werden von 10 bis 20 Prozent der Häuser als Beschwerdeinhalt benannt, wenn auch „selten“ (Abbildung 7). Unterschiede bezüglich des Aufkommens verschiedener Diskriminierungsmerkmale nach Größe der Einrichtung können dabei nicht beobachtet werden.

Abbildung 7: Krankenhäuser: Wie häufig betrafen Beschwerden mit Diskriminierungsbezug in den letzten zwei Jahren die folgenden Diskriminierungsmerkmale? (n=272)



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Anlauf- und Beschwerdestellen

Ein vergleichbares Bild ergibt sich auch bei den **Rehakliniken**. Auch hier ist die ethnische Herkunft / der Migrationshintergrund / rassistische Zuschreibung das häufigste Diskriminierungsmerkmal (20 von 25 Rehakliniken gaben hierzu an, dass dieses mindestens „selten“ betroffen war). Im Vergleich zu Krankenhäusern werden die Diskriminierungsmerkmale jedoch größtenteils maximal als „selten“ vorkommend benannt. Nur hinsichtlich der ethnischen Herkunft / des Migrationshintergrunds / rassistischer Zuschreibung kommt es auch in einigen Kliniken zu der Einschätzung, dass Beschwerden zu Diskriminierung „manchmal“ oder „häufig“ auftreten (fünf von 25 Kliniken). Neben Behinderung / chronischer Krankheit (20 von 25) und Körpergewicht (zehn von 25) wird außerdem das Geschlecht beziehungsweise die Geschlechtsidentität (neun von 25) vergleichsweise häufig als mindestens „selten“ genannt, Alter (vier von 25) ist, wie bei den Krankenhäusern, in weniger Rehakliniken Inhalt von Beschwerden. Hinsichtlich der Geschlechtsidentität und der sexuellen Orientierung wird am häufigsten angegeben, dass dazu keine Beschwerden aufgetreten sind (20 bis 23 von 25 Rehakliniken).

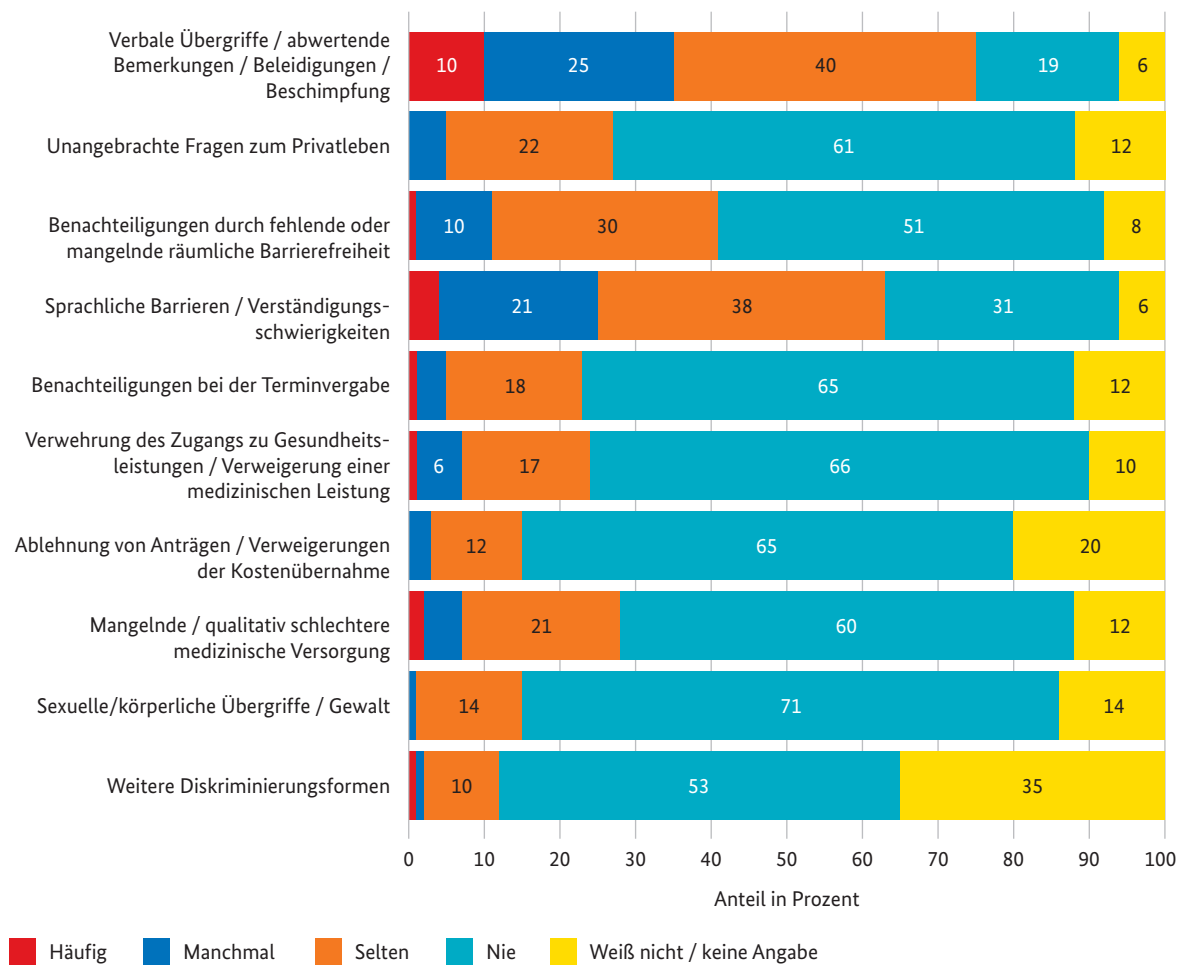
Die beschriebenen Angaben zum Aufkommen der Diskriminierungsmerkmale bei den Anfragen zu Diskriminierungserfahrungen sind insgesamt **erwartungskonform**, da die entsprechenden Bevölkerungsgruppen, die von Diskriminierung anknüpfend an die Diskriminierungsmerkmale betroffen sind, unterschiedlich groß sind. Vor diesem Kontext sind die genannten Anzahlen zu Anfragen mit dem Hintergrund sexueller Orientierung, Inter* und Trans* bereits als hoch anzusehen. Die Verteilung der Diskriminierungsmerkmale in der Befragung der Krankenhäuser und Rehakliniken deckt sich nur teilweise mit den Beratungsanfragen bei der Antidiskriminierungsstelle des Bundes im Bereich Gesundheit und Pflege (ADS 2021). Hier betreffen 59 Prozent der Anfragen Behinderung, ethnische Herkunft / rassistische Zuschreibungen sind hier nur der zweithäufigste Anlass mit 22 Prozent der Anfragen. Ein Erklärungsansatz dafür kann sein, dass Diskriminierung aufgrund von Behinderung in der stationären Versorgung in Krankenhäusern und Rehakliniken eine geringere Bedeutung hat als in der ambulanten Versorgung. Es ist jedoch auch möglich, dass im stationären Kontext verstärkt institutionelle Diskriminierung benannt wird und diese daher gegebenenfalls eher außerhalb der Krankenhäuser und Kliniken bei unabhängigen Stellen gemeldet wird als innerhalb der Organisation bei Beschwerdemanager*innen oder Patient*innenfürsprecher*innen.

Beschwerden in Zusammenhang mit Diskriminierungserfahrungen aufgrund der **Maßnahmen in der Covid-19-Pandemie** traten bei den Anlaufstellen in den letzten zwei Jahren auf, und zwar insgesamt häufiger als die Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen nach AGG-Merkmalen sowie aufgrund des Gewichts oder des sozialen Status. So berichten 27 Prozent der Krankenhäuser und sieben von 25 Rehakliniken, dass Anfragen zu Diskriminierungserfahrungen in Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie „manchmal“ oder „häufig“ der Fall waren.

Unter den Befragten berichteten drei Krankenhäuser, dass ihre Organisation schon einmal wegen Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen **verklagt** wurde. Geklagt wurde zu den Diskriminierungsmerkmalen Religion/Weltanschauung, Behinderung und chronische Krankheit.

Häufigste **Diskriminierungsformen**, die den Anlaufstellen im Krankenhaus gemeldet wurden, sind verbale Übergriffe, abwertende Bemerkungen, Beleidigungen oder Beschimpfungen. 75 Prozent der Befragten geben an, dass diese mindestens selten vorkommen, 35 Prozent, dass dies „manchmal“ oder „häufig“ der Fall ist. Auch sprachliche Barrieren und Verständigungsschwierigkeiten (64 Prozent) sowie Benachteiligungen durch fehlende oder mangelnde räumliche Barrierefreiheit (41 Prozent) treten vergleichsweise häufig auf (Abbildung 8).

Abbildung 8: Krankenhäuser: Wie häufig betrafen Beschwerden mit Diskriminierungsbezug in den letzten zwei Jahren die folgenden Diskriminierungsformen? (n=272)



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Anlauf- und Beschwerdestellen

Jedoch werden letztlich alle aufgelisteten Diskriminierungsformen von mindestens zehn Prozent der Häuser zumindest selten Inhalt der Anfragen der Anlaufstelle zu sein. Zum Beispiel geben 14 Prozent der Krankenhäuser an, dass sie seltene Anfragen zu sexueller Gewalt oder körperlichen Übergriffen erhalten. Qualitativ schlechtere Versorgung im Kontext von Diskriminierung ist bei 24 Prozent der Häuser schon mindestens selten Inhalt von Beschwerden. Die Rehakliniken benennen ein ähnliches Aufkommen hinsichtlich der Diskriminierungsformen wie die Krankenhäuser.

Insgesamt sind die von den Anlaufstellen im Krankenhaus und in der Reha-Klinik benannten Beschwerdeanzahlen und ihre inhaltlichen Schwerpunkte kein hinreichender Indikator für die Messung des Auftretens von Diskriminierung und Diskriminierungsformen, da – wie unter anderem aus Betroffenenperspektive in Kapitel 4 sowie dem geringen Informationsangebot zu Beschwerdemöglichkeiten für Patient*innen im Internet in Kapitel 3 bereits deutlich wurde – verschiedene Hürden in der Benennung von Diskriminierung in Krankenhäusern und Rehakliniken bestehen.

Angebote für Patient*innen bei Diskriminierungserfahrungen

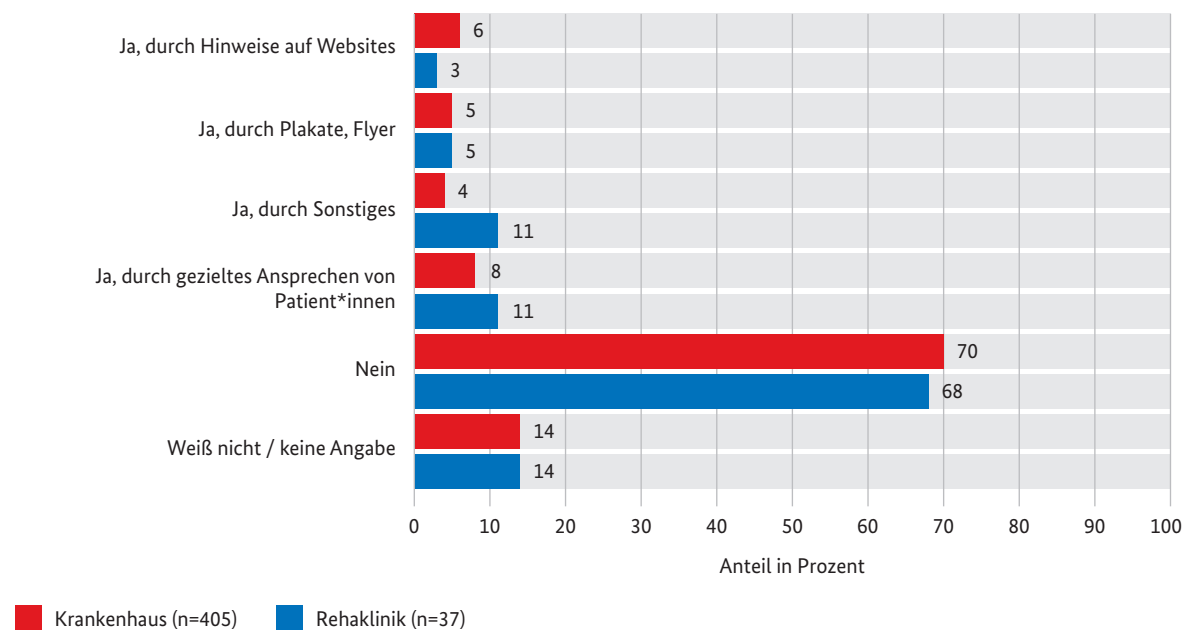
Die **Information** der Patient*innen über die allgemeinen Beschwerdemöglichkeiten bei den Anlauf- und Beschwerdestellen der Krankenhäuser erfolgt in den meisten Fällen durch Hinweise

auf den Internetseiten sowie durch Plakate und Flyer. In einigen Fällen werden außerdem Patient*innen gezielt angesprochen. Rehakliniken nutzen Hinweise auf Internetseiten, Plakaten und Flyern seltener, sprechen Patient*innen jedoch häufiger gezielt an.

Trotz der benannten Zuständigkeit für Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen wird von den meisten Stellen **nicht darüber informiert**. Explizit auf die **Beschwerdemöglichkeiten zu Diskriminierungserfahrungen** weist unter denjenigen Stellen, die generell auf die Beschwerdemöglichkeiten hinweisen, der Großteil der Befragten nicht hin oder kann keine Angabe dazu machen (rund 84 Prozent der Anlauf- und Beschwerdestellen, Abbildung 9). Nur in sechs Prozent der Informationsangebote auf der Internetseite sind nach Auskunft der Befragten Hinweise auf Beratung bei Diskriminierung enthalten, in fünf Prozent der Flyer oder in acht Prozent der persönlichen Ansprachen der Patient*innen zum Beratungs- und Beschwerdeangebot. Unter den Anlauf- und Beschwerdestellen, die explizit eine „formale“ Zuständigkeit für das Thema Diskriminierung angeben, macht keine Stelle explizit auf die Beschwerdemöglichkeiten zu Diskriminierungserfahrungen aufmerksam.

Krankenhäuser, die davon berichten, dass sie **häufig oder manchmal Beschwerden** zu Diskriminierungserfahrungen erhalten, geben auch häufiger an, dass sie durch gezieltes Ansprechen, Hinweise auf der Internetseite und Plakate und Flyer **auf die Zuständigkeit bei Diskriminierung aufmerksam machen**. Krankenhäuser, die berichten, dass sie selten oder nie entsprechende Beschwerden erhalten, machen Patient*innen hingegen deutlich seltener auf die Möglichkeiten aufmerksam. Eine Einordnung des Zusammenhangs als kausal ist auf Basis der Befragungsergebnisse jedoch nicht möglich, das heißt ob mehr informiert wird, weil Diskriminierung häufiger wahrgenommen wird, oder ob mehr Anfragen und Beschwerden eingehen, da auf die Möglichkeit der Beschwerde bei Diskriminierung hingewiesen wird. Dieser Frage wird in den Fallstudien nachgegangen (vergleiche Kapitel 5.1.2 und Kapitel 5.2.2).

Abbildung 9: Werden Patient*innen explizit auch auf die Beschwerdemöglichkeiten zu Diskriminierungserfahrungen aufmerksam gemacht? Falls ja, wie? (Mehrfachantworten waren möglich)



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Anlauf- und Beschwerdestellen
 Anmerkung: Die Frage wurde nur gestellt, wenn allgemein zur Anlauf-/Beschwerdestelle informiert wird.

Den Anlauf- und Beschwerdestellen in Krankenhäusern und Rehakliniken stehen als **Maßnahmen und Interventionsmöglichkeiten** insbesondere das Sprechen im geschützten Raum, schriftliche Interventionen, die Einbeziehung anderer Stellen / Vorgesetzter / Dritter innerhalb der eigenen Organisation und die dialogische Intervention zur Verfügung. Eine **Beratung zu rechtlichen Möglichkeiten** erfolgt dagegen deutlich seltener.¹⁴ Die Kompetenz, ein formales Beschwerdeverfahren einzuleiten sowie Akteneinsicht zu verlangen, haben nur etwas mehr als die Hälfte der teilnehmenden Stellen, gegebenenfalls weil diese Beschwerdeprozesse in Krankenhäusern von Rechtsabteilungen bearbeitet werden. Maßnahmen, die eine Fallbearbeitung im Sinne einer ganzheitlichen Begleitung der Patient*innen vermuten ließen, wie eine über die eigene Bearbeitung der Anfrage hinausgehende psychosoziale Beratung, eine ergänzende Verweisberatung zu Antidiskriminierungsstellen oder gegebenenfalls weiteren zuständigen Stellen im Gesundheitswesen, wie den Kammern sowie externe Mediation oder Öffentlichkeitsarbeit zu dem Fall, sind vergleichsweise seltener und wird nur von maximal einem Viertel der Häuser angegeben (Abbildung 10).

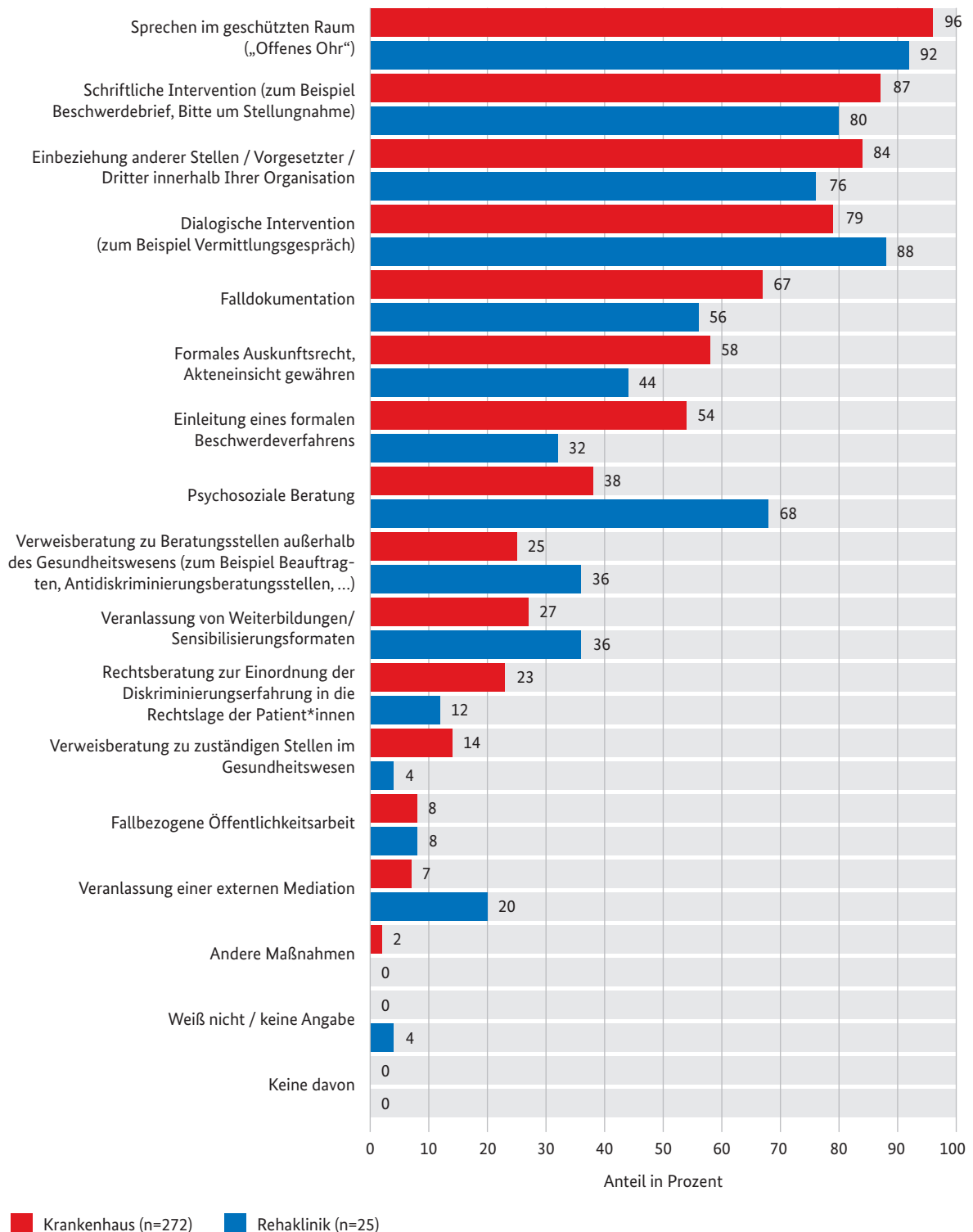
Rehakliniken stehen etwas seltener formale Aspekte, wie Falldokumentation, formale Beschwerdeverfahren oder Akteneinsicht, zur Verfügung. Sie geben dagegen häufiger als Krankenhäuser dialogische Interventionen, psychosoziale Beratung und das Einleiten von Weiterbildungen oder externen Mediationen an (Abbildung 10).

Im Vergleich von **Beschwerdemanagement und Patient*innenfürsprecher*innen** zeigen sich im Wesentlichen keine Unterschiede in den Interventionsmöglichkeiten. Das Beschwerdemanagement nennt tendenziell mehr unterschiedliche Maßnahmen und kann häufiger **formale** Beschwerdeprozesse einleiten oder Vorgesetzte und weitere Stellen im Krankenhaus einbeziehen. Die Patient*innenfürsprecher*innen fokussieren sich etwas stärker auf **mündliche** Beratungs- und Beschwerdeprozesse.

Einschränkend ist zur Analyse der Beratungs- und Interventionsmöglichkeiten der Anlauf- und Beschwerdestellen festzuhalten, dass anhand der Angaben keine Aussage darüber getroffen wird, in welchem **Ausmaß** die genannten Maßnahmen bisher **im Diskriminierungsfall** Anwendung fanden.

¹⁴ Rechtsberatung im engeren Sinne ist grundsätzlich nur durch Rechtsanwälte nach Rechtsdienstleistungsgesetz (RDG) möglich.

Abbildung 10: Welche Maßnahmen und Interventionsmöglichkeiten stehen Ihrer Anlaufstelle zur Verfügung?

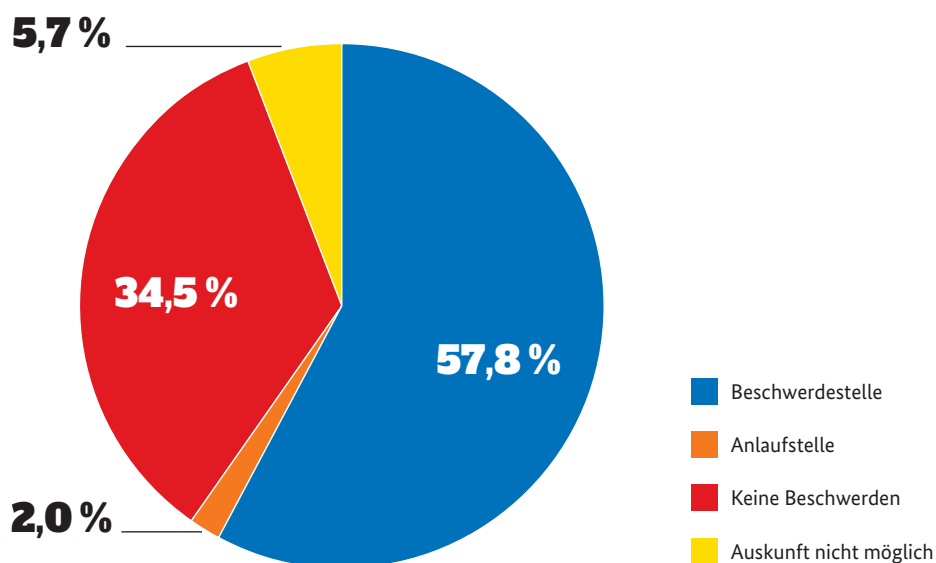


Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Anlauf- und Beschwerdestellen

Anhand der den Anlauf- und Beschwerdestellen zur Verfügung stehenden Maßnahmen und Interventionsmöglichkeiten kann eine **Abgrenzung zwischen Beschwerdestellen und Anlaufstellen** erfolgen. Als Beschwerdestellen werden dabei Stellen verstanden, die im Falle von Beschwerde Maßnahmen ergreifen können. Stellen, die diese Kompetenz nicht haben, werden als

Anlaufstelle charakterisiert (vergleiche Definition Kapitel 2). Unter den Krankenhäusern, die bereits Anfragen mit Diskriminierungsbezug hatten, gab es nur neun Teilnehmer*innen (zwei Prozent), die nach eigenen Angaben keine Maßnahmen bei Beschwerden ergreifen können und daher als Anlaufstelle und nicht als Beschwerdestelle einzuordnen sind. Daran, dass sich diese Stellen dennoch den „Beschwerdestellen/Beschwerdemanagement“ zugeordnet haben, wird deutlich, dass im Selbstverständnis der Stellen teilweise keine entsprechende Differenzierung zwischen Anlauf- und Beschwerdestellen erfolgt. Die geringe Anzahl an Stellen in Krankenhäusern, die rein beratend sind, zeigt jedoch, dass es sich im Krankenhaus bei den Anlaufstellen für Patient*innen üblicherweise um **qualifizierte Beschwerdestellen** handelt, das heißt, dass Beschwerden in einem offiziellen Beschwerdeprozess bearbeitet werden.

Abbildung 11: Krankenhäuser nach Einordnung des Angebotsumfangs für Patient*innen



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Anlauf- und Beschwerdestellen, n=272
 Anmerkung: Stellen, die benannt haben, dass bisher keine Anfragen oder Beschwerden mit Diskriminierungsbezug aufgetreten sind, wurden nicht nach ihren Interventionsmöglichkeiten gefragt.

Ein vergleichbares Bild zeigt sich für die Rehakliniken. Hier ist anhand der benannten Kompetenzen ebenfalls lediglich eine Klinik als rein beratende Anlaufstelle zu kategorisieren, die übrigen können konkrete Maßnahmen zur Beschwerdebearbeitung einleiten. Aufgrund der gesetzlichen Vorgaben für das Beschwerdemanagement ist auch für die Hälfte der Rehakliniken, die angab, dass bisher keine Beschwerden oder Anfragen zu Diskriminierungserfahrungen angefallen sind, davon auszugehen, dass hier ähnliche Kompetenzen für eine Bearbeitung von potenziellen Anfragen bei Diskriminierungserfahrungen gegeben sind.

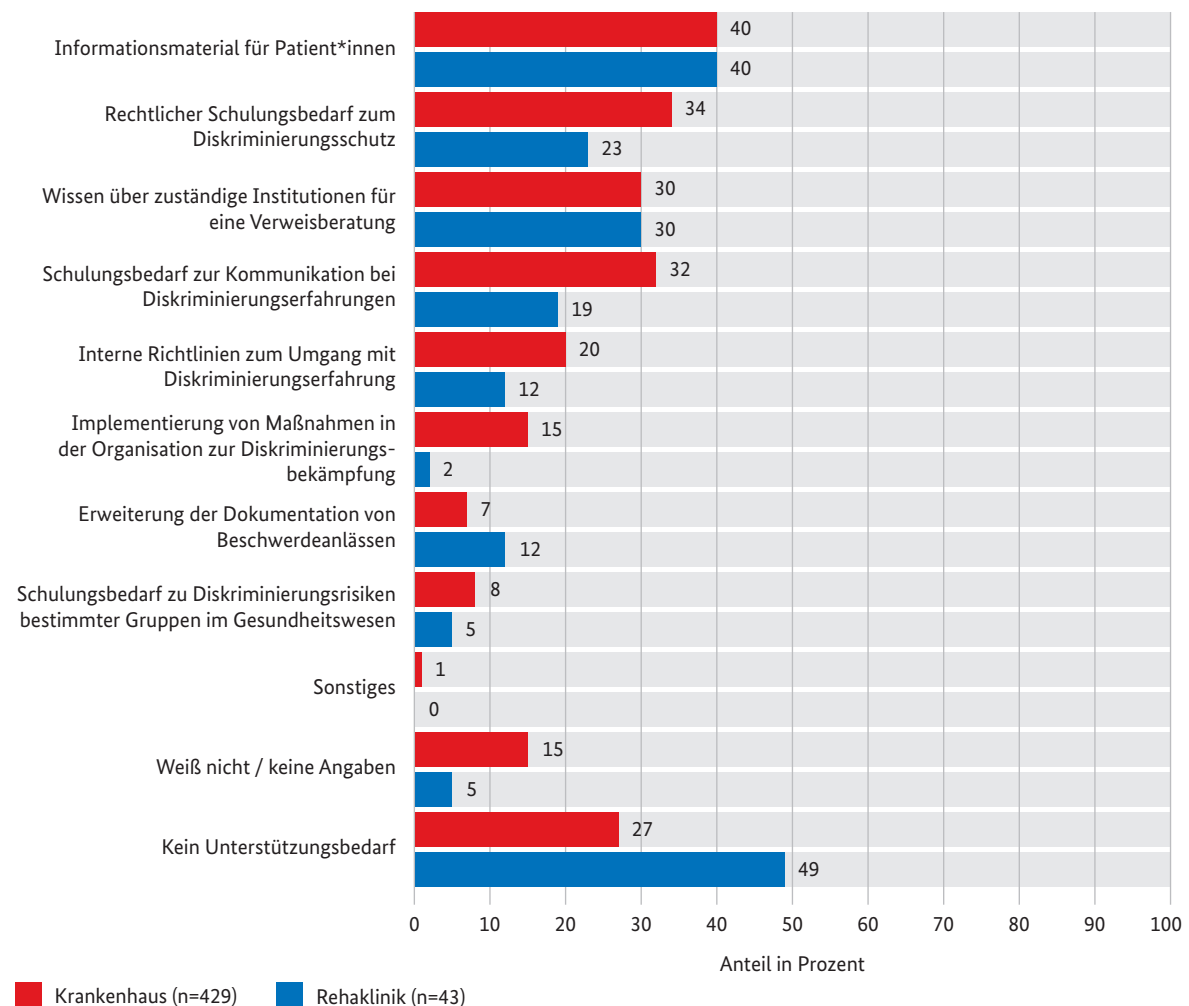
Unterstützungsbedarfe und Verbesserungspotenziale

Die Mehrheit der Krankenhäuser berichtet, dass Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen im Vergleich zu anderen Beschwerden **keine besondere Herausforderung** darstellen. Rund 20 Prozent berichten von größeren Herausforderungen. Ungefähr fünf Prozent bewerten Beschwerden zu Diskriminierungsformen hingegen als weniger herausfordernd. Am häufigsten werden die **Erfassung der Sicht der Beschuldigten** und die Beratung der Betroffenen zu weiteren Schritten als herausfordernder sowie die **Veranlassung von Verbesserungsmaßnahmen** und die Überprüfung ihrer Wirksamkeit beschrieben. Dies berichtet ein Viertel der Befragten. Ein vergleichbares Bild ergibt sich auch bei den Rehakliniken.

Knapp die Hälfte der Anlauf- und Beschwerdestellen hat **Unterstützungsbedarfe** oder sieht **Verbesserungspotenziale, 42 Prozent der Krankenhäuser und 53 Prozent der Rehakliniken geben an, keinen Unterstützungsbedarf zu haben oder konkret benennen zu können.** Der größte Bedarf besteht für Informationsmaterialien für Patient*innen (40 Prozent). Ein Drittel der Krankenhäuser benennt rechtlichen und kommunikativen Schulungsbedarf sowie Wissen zu Verweisberatung bei Diskriminierung (Abbildung 12).

Der Unterstützungsbedarf ist dabei für Beschwerdemanagement und Patient*innenfürsprecher*innen ähnlich. Das Beschwerdemanagement benennt jedoch häufiger Unterstützungsbedarf zu internen Richtlinien zum Umgang mit Diskriminierungserfahrungen als die Patient*innenfürsprecher*innen (22 Prozent versus 15 Prozent) bei der Implementierung von Maßnahmen in der Organisation zur Diskriminierungsbekämpfung (17 Prozent versus neun Prozent) sowie Schulungsbedarf zu Diskriminierungsrisiken bestimmter Gruppen im Gesundheitswesen (zehn Prozent versus vier Prozent). Patient*innenfürsprecher*innen haben etwas geringeren Bedarf an Schulungen zur Kommunikation bei Diskriminierungserfahrungen (29 Prozent) als die Beschwerdemanager*innen (34 Prozent). Das Beschwerdemanagement benennt somit verstärkt den Anspruch, anhand der individuellen Beschwerdeanfragen auch institutionelle Verbesserungen anstoßen zu können, während Patient*innenfürsprecher*innen stärker den Einzelfall begleiten wollen.

Abbildung 12: Hat Ihre Anlaufstelle Unterstützungsbedarfe oder Verbesserungspotenziale? (Mehrfachantworten waren möglich)



Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Anlauf- und Beschwerdestellen

5.1.2 Fallstudien Krankenhaus

In den Fallstudien werden die untersuchten Institutionen **im Sinne einer Bestandserhebung** hinsichtlich ihrer Rechtsgrundlage, ihres Selbstverständnisses und Verständnisses von Diskriminierung sowie ihrer Kompetenzen **beschrieben**. Hinsichtlich des Umgangs mit Anfragen zu Diskriminierungserfahrungen werden Beratungs- und Beschwerdeprozesse herausgearbeitet sowie diesbezügliche Herausforderungen, Potenziale und Verbesserungsmöglichkeiten beschrieben. Die **Bewertung des Angebots** der Anlaufstellen hinsichtlich ihrer Möglichkeiten, niedrigschwellige und qualitativ hochwertige Beratung und Beschwerdebearbeitung anzubieten, erfolgt in den Fallstudien über die Zugangsmöglichkeiten der Anlaufstellen für Patient*innen im Fall von Diskriminierungserfahrungen sowie anhand von Kriterien in Anlehnung an die Antidiskriminierungsberatung (ADS 2015, advd 2015, vergleiche Kapitel 2).

Im Folgenden werden **exemplarisch für Krankenhäuser und Rehakliniken** das **Beschwerdemanagement in Krankenhäusern** sowie die **Beschwerdebearbeitung und Beratung durch Patient*innenfürsprecher*innen in Krankenhäusern** in zwei Fallstudien näher beschrieben. Dafür wurde das Vorgehen des Beschwerdemanagements in Krankenhäusern sowie von Patient*innenfürsprecher*innen in Krankenhäusern in Experteninterviews vertiefend erhoben. Neben den Informationsangeboten der befragten Anlaufstellen auf ihren Internetseiten und einer Richtlinie zum Umgang mit Diskriminierung eines Krankenhauses konnte der Leitfaden für Patient*innenfürsprecherinnen und Patient*innenfürsprecher (Patient*innenbeauftragte des Bundes 2020) sowie die Informationsinhalte des Bundesverband Beschwerdemanagement für Gesundheitseinrichtungen e. V. (BBfG) in die Fallstudien zum Krankenhaus aufgenommen werden. Die Ergebnisse sind nicht verallgemeinerbar, stehen jedoch im Einklang mit den Ergebnissen der Onlinebefragung und zeigen auf, welche Möglichkeiten zum Umgang mit Diskriminierungserfahrungen in Krankenhäusern grundsätzlich und in der Mehrzahl bestehen sollten (vergleiche Abbildung 10). Da nicht in allen Bundesländern Patient*innenfürsprecher*innen gesetzlich verpflichtend für Krankenhäuser sind, beschränkt sich das Angebot vieler Krankenhäuser auf das Beschwerdemanagement. Dieses bearbeitet die Anfragen jedoch auf ähnliche Art und Weise wie die Patient*innenfürsprecher*innen, obgleich denen gegebenenfalls aus Betroffenenperspektive eine größere Neutralität zugesprochen wird.

Fallstudie patient*innenorientiertes Beschwerdemanagement in Krankenhäusern

Für die Fallstudie zum patient*innenorientierten Beschwerdemanagement in Krankenhäusern konnten zwei Beschwerdemanagerinnen befragt werden. Sie sind in großstädtischen Krankenhäusern tätig: im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) und einem weiteren großstädtischen Krankenhaus mit Maximalversorgung, das heißt mit in der Regel 1.000 Betten und mehr sowie allen wesentlichen Fachabteilungen. Ergänzend wurden Ergebnisse aus der Literatur in die Fallstudie aufgenommen, die Befragungen von weiteren Beschwerdemanager*innen enthalten. Dies wird im Text entsprechend zitiert (Schwarze et al. 2021, BBfG 2021).

Rechtsgrundlage

Alle Krankenhäuser in Deutschland verfügen **gesetzlich verpflichtend** über Beschwerdestellen für Patient*innen (§ 135a SGB V Verpflichtung der Leistungserbringer*innen zur Qualitätssicherung). Hier wurde unter anderem ein Beschwerdemanagement zur Förderung der Fehlervermeidungskultur verankert sowie die Einführung eines Qualitätsmanagements, wozu in Krankenhäusern explizit auch die Durchführung eines **patient*innenorientierten Beschwerdemanagements**

gehört. Wesentliche Elemente des patient*innenorientierten Beschwerdemanagements sind die **Unterrichtung der Patient*innen in geeigneter Form** über die Beschwerdemöglichkeiten vor Ort, zügige und transparente Bearbeitung der Beschwerden sowie die Unterrichtung über das **Ergebnis der Prüfung der Beschwerden** und mögliche **Konsequenzen** einer Beschwerde. Darüber hinaus sind transparente Regelungen in Bezug auf die Stellung und die Kompetenzen der mit dem Beschwerdemanagement betrauten Personen grundlegend (Schwarze et al. 2021).

Selbstverständnis und Verständnis von Diskriminierung

Die im Rahmen der Fallstudie befragten Beschwerdemanager*innen vertreten die Position, dass jede Beschwerde wertvolle Informationen beinhaltet. Als Teil eines modernen Qualitätsmanagements zeige es etwaige Mängel im Krankenhaus auf und wird als Chance für Verbesserungen erkannt. Daraus folgt, dass das Beschwerdemanagement zunächst die **Position der ratsuchenden Patient*innen** einnimmt, auch wenn das Beschwerdemanagement Teil der Organisation des Krankenhauses ist und somit letztlich die Interessen des Krankenhauses verfolgen soll. Als Handlungsmaxime der befragten Beschwerdemanager*innen wird eine Beschwerde und somit auch die Schilderung der Situation durch die betroffenen Patient*innen **ernstgenommen**. Gefühle eigener Enttäuschung oder Kränkung der als verursachend angesehenen Mitarbeiter*innen des Krankenhauses sollen bei der Betrachtung zurückstehen (vergleiche auch Schwarze et al. 2021).

Es werden alle Formen von Diskriminierung beim Beschwerdemanagement bearbeitet, die **Dokumentation** der Fälle umfasst jedoch nur im UKE auch explizit Diskriminierungsmerkmale. Vielmehr stehen in der Regel in der Dokumentation der Anfragen die **Beschwerdeanlässe** im Vordergrund, wie zum Beispiel Beleidigung, Verweigerung von Behandlung oder fehlende Aufklärung zur Behandlung. Diskriminierungsmerkmale kommen dann eher als „Hintergrund“ der jeweiligen Situation zum Tragen und werden in der Regel nicht dokumentiert. Mit diesem Selbstverständnis beziehungsweise diesem Vorgehen in der Dokumentation ist vermutlich verbunden, dass durch die Beschwerdemanager*innen oft **nicht aktiv** ein Diskriminierungsbezug erfragt wird, wie es für eine Antidiskriminierungsberatung empfohlen wird (ADS 2015). Im UKE gibt es eine **Antirassismusbeauftragte**.¹⁵ Hier wird bei eingehenden Anliegen ein besonderes Augenmerk auf Diskriminierungsmerkmale gelegt, diese dokumentiert und zuständigen Beauftragten weitergeleitet. Es wird in der Fallbearbeitung als wichtig zu wissen erachtet, ob ein Diskriminierungsbezug besteht, damit diesem gezielt nachgegangen werden kann. Im UKE besteht zudem ein noch größeres Bewusstsein dafür, dass es im Krankenhaus auch strukturelle Diskriminierung gibt, an der es unabhängig von Beschwerden systematisch zu arbeiten gilt. Auch wenn sich der Aufgabenbereich dieser Beauftragten **im Wesentlichen auf die Mitarbeiter*innen** bezieht, wird sie auch bei Patient*innenbeschwerden mit Rassismusbezug vom Beschwerdemanagement hinzugezogen. In den Richtlinien dieses Krankenhauses zum Umgang mit Diskriminierung ist der Ausgangspunkt der Richtlinie eine explizite Benennung von Diskriminierung durch die Betroffenen. Im Beschwerdemanagement steht die individuelle Bearbeitung der Anliegen und Unterstützung der Betroffenen im Vordergrund, eine Kennzeichnung als Diskriminierung ist diesem Ziel nachgelagert.

15 Es gibt keine offiziellen Angaben, wie viele Krankenhäuser über spezifische Antidiskriminierungsbeauftragte oder Diversity-Beauftragte verfügen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dies bisher selten der Fall ist. In der Onlinebefragung wurde auch nur in zwei Fällen eine sonstige Anlaufstelle mit der Bezeichnung „AGG, Integrationsbeauftragte, Behindertenbeauftragte“ benannt.

Kompetenzen

Neben verschiedenen Maßnahmen, die vom Beschwerdemanagement eingeleitet werden können, spielen für ein erfolgreiches Beschwerdemanagement für die befragten Beschwerdemanagerinnen auch menschliche Qualitäten wie Empathie, Kompetenz, Freundlichkeit und Zuverlässigkeit eine bedeutsame Rolle. Die für die Fallstudie befragten Beschwerdemanagerinnen besitzen langjährige Erfahrung im Umgang mit Beschwerden zu unterschiedlichsten Themen, kennen die Krankenhausstrukturen sehr gut und verfügen über Weiterbildungen in Kommunikation und/oder Mediation sowie interkultureller Kompetenz. Sie sind zudem Mitglied in Ethikgruppen beziehungsweise Ethikkomitees, die sich mit der interkulturellen Kompetenz beschäftigen und beispielsweise aktuell überlegen, welche Formulare für Patient*innen zusätzlich zu den bereits mehrsprachigen Informationsmaterialien zu Operationen und Narkosen zukünftig ebenfalls **mehrsprachig** angeboten werden sollten.

Die befragten Beschwerdemanagerinnen sind nach eigenen Aussagen im Laufe der Zeit **für Diskriminierung beziehungsweise unterschiedliche Diskriminierungserfahrungen sensibilisiert** worden. **Systematische Weiterbildungen** zum Themenfeld „Diskriminierung von Patient*innen im Gesundheitswesen“ und zur Befähigung, Diskriminierung bei Patient*innen zu erkennen und eine diskriminierungskritische Haltung einzunehmen, gibt es in dem Krankenhaus ohne Antirassismusbeauftragte jedoch nicht. Pflichtfortbildungen gibt es zwar zum AGG, die als E-learning-Modul durchgeführt werden. Dort wird das Thema Diskriminierung im Gesundheitswesen bearbeitet, allerdings nicht speziell aus Patient*innensicht. Kompetenzen im Umgang mit Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen sind demnach sehr davon abhängig, welche Person zuständig ist und welchen individuellen Zugang diese zum Themenfeld hat. In dem Krankenhaus mit Antirassismusbeauftragter gibt es seit Anfang 2021 in Kooperation mit der Antidiskriminierungsstelle in Hamburg Fortbildungen zu Diversität und Antidiskriminierung, die sowohl von Mitarbeiter*innen als auch ganzen Teams gebucht werden können. Darüber hinaus gibt es Pflichtfortbildungen für (angehende) Führungskräfte zu den Themen, und die Beauftragten gehen regelmäßig in die Bereiche und sensibilisieren in Kurzfortbildungen zu dem Thema. Auch durch Fachtage wird das Thema in die Organisationsstrukturen überführt.

Kompetenzen können gegebenenfalls im Team durch die **Zusammenarbeit** mit der Rechtsabteilung des Krankenhauses, mit Datenschutzbeauftragten, Abteilungen die Dolmetscher*innen koordinieren, mit Patient*innenfürsprecher*innen und gegebenenfalls expliziten Antidiskriminierungsbeauftragten ausgeweitet sein. Die Antidiskriminierungsbeauftragte des einen Krankenhauses ist zudem vernetzt mit Antidiskriminierungsstellen und Organisationen, die von Diskriminierung betroffene Personen vertreten. Expertise von Gleichstellungs- oder Behindertenbeauftragten kann jedoch nicht zwangsläufig bei Patient*innenanfragen hinzugezogen werden, da diese Beauftragten primär für Mitarbeiter*innen zuständig sind. Auch ist der Kontakt zu weiteren Stellen im Gesundheitswesen, wie zum Beispiel Ärztekammern, in der Regel in der individuellen Fallbearbeitung nicht notwendig. Es kommt nur andersherum vor, dass sich Ärztekammern, Bezirksregierungen, Krankenkassen oder KVen beim Beschwerdemanagement des Krankenhauses mit Anfragen melden, die bei ihnen zu dem jeweiligen Krankenhaus angefallen sind. Fallübergreifend gibt es jedoch einen Austausch des UKE mit der Ärztekammer Hamburg. Die Antirassismusbeauftragte des UKE ist Mitglied des Ausschusses Grundrechte der Ärztekammer, in dem regelmäßig Diskriminierung gegenüber Patient*innen Thema ist.

Aufkommen von Anfragen / Beschwerden zu Diskriminierungsanfragen

Nach Auskunft der in der Fallstudie beteiligten Beschwerdemanager*innen sind **Beschwerden mit Diskriminierungsbezug selten**, wie bereits von der Mehrheit der Beschwerdestellen in der Onlinebefragung berichtet (vergleiche Kapitel 5.1.1). Beschwerden kommen jedoch zu allen Diskriminierungsmerkmalen vor, auch zu im AGG geschützten Diskriminierungsmerkmalen, und nehmen aus Sicht der für die Fallstudie befragten Beschwerdemanagerinnen zu. Dies ist insbesondere im UKE der Fall, das Diskriminierung in der Dokumentation berücksichtigt und auf der Internetseite mit einer Antirassismusbeauftragten präsent ist: von fünf Fällen im Jahr 2020, über 24 Fälle im Jahr 2021 bis hin zu 40 Fällen im Jahr 2022 von insgesamt circa 2.500 Meldungen. Dabei gab es insgesamt in diesem Zeitraum 35 Meldungen mit Rassismussvorwürfen, zehn davon im Jahr 2021, 25 im Jahr 2022. In der Wahrnehmung der Beschwerde für die Beschwerdemanager*innen seien Diskriminierungsmerkmale jedoch nachgelagert. Primär wird der Beschwerdeanlass dokumentiert und bearbeitet (zum Beispiel Beleidigung). Im UKE werden Diskriminierungsformen und -merkmale gleichwertig in der Bearbeitung einbezogen.

Es besteht seitens des UKE ein enger Austausch mit den zwei Antidiskriminierungsstellen in Hamburg (basis&woge, empower) sowie mit weiteren Migrant*innenselbstorganisationen, um dort ebenfalls aufzuklären und im Sinne der Stärkung von Patient*innen zusammenzuarbeiten. Es kam im UKE bereits zu Anfragen, bei denen Betroffene von Mitgliedern von Antidiskriminierungsstellen oder Betroffenenverbänden begleitet wurden. Im UKE wird zudem die **Dokumentation** eines Diskriminierungsbezugs mit der Einführung einer Verfahrensrichtlinie zum Umgang mit Diskriminierungsmeldungen zukünftig weiter ausdifferenziert. Es wird zukünftig unterschieden zwischen „Meldungen, die Diskriminierungen beinhalten“, sowie „Meldungen, die speziell rassistisch geprägt sind“, und „Meldungen, die speziell sexuelle Diskriminierung beinhalten“¹⁶, um diese statistisch auswerten zu können. Bisher waren die Kategorien „Corona“ und „Rassismussvorwurf“ hinterlegt, sodass das Aufkommen entsprechend analysiert werden konnte. Die Dokumentation im Beschwerdemanagement von Krankenhäusern umfasst in der Regel jedoch nicht systematisch einen möglichen Diskriminierungsbezug einer Anfrage. Es ist grundsätzlich möglich, in den verwendeten Dokumentationssystemen entsprechende Kategorien zu hinterlegen. Wie die Beschwerde eingegangen ist (telefonisch, persönlich, schriftlich et cetera), kann ebenfalls erfasst werden.

Im Beschwerdemanagement der Krankenhäuser wird auch Verdachtsfällen von Behandlungsfehlern nachgegangen. Ein Zusammenhang von diskriminierendem Verhalten und Behandlungsfehlern wird nicht benannt, gegebenenfalls aber auch noch nicht untersucht.

Beratungs- und Beschwerdeprozess

Patient*innen können grundsätzlich selbst wählen, ob sie sich mit ihrem Anliegen an das Beschwerdemanagement oder (wenn vorhanden) an Patient*innenfürsprecher*innen wenden. Je nachdem, **wo** sich ein*e Beschwerdeführer*in meldet, wird die Beschwerde bearbeitet, also nicht zwangsläufig im Beschwerdemanagement. Patient*innenfürsprecher*innen werden, sofern sie in dem jeweiligen Krankenhaus zur Verfügung stehen (vergleiche Kapitel 3.1), gegebenenfalls vom Beschwerdemanagement unterstützt. Sie bleiben aber auch dann gegebenenfalls die **Kontaktperson**. Die Beschwerdemanagerinnen vermuten, dass die Patient*innen die Entscheidung, sich bei den Patient*innenfürsprecher*innen und nicht beim Beschwerdemanagement zu melden, bewusst getroffen haben. Diese Entscheidung wird daher von den Beschwerdemanagerinnen

16 Interne Leitlinie des Krankenhauses

nicht hinterfragt. In dem zweiten Krankenhaus werden die Patient*innen explizit gefragt, welche Stelle die Betreuung übernehmen soll, und informieren zu beiden Möglichkeiten, unabhängig davon, zu wem der Erstkontakt aufgenommen wird.

Informationsmaterial zu Angeboten zum Umgang mit Diskriminierungserfahrungen für Patient*innen, die von Diskriminierung betroffen sind beziehungsweise sein könnten, sind in der Regel nicht vorhanden, auch nicht in den befragten und vermutlich vergleichsweise engagierten Beschwerdemanagement-Abteilungen. Nur Personen, die sich mit Antidiskriminierung auskennen, könnten an Inhalten der Homepage eines der Krankenhäuser sehen, dass es prinzipiell eine Auseinandersetzung der Organisation mit Diskriminierung gibt (Charta der Vielfalt, Diversity Management in der Gleichstellungsabteilung, Beschwerdestelle AGG).

Im ersten Schritt der Beschwerdebearbeitung steht in den für die Fallstudie befragten Beschwerdestellen ein interessiertes, offenes und empathisches **Zuhören** über das Anliegen im Fokus, wobei das Gespräch von starken Emotionen begleitet sein kann. Zu dem Zuhören gehört bei der Beschwerdestelle, deren Krankenhaus eine Antidiskriminierungsbeauftragte hat, eine Beratung zu den Handlungsmöglichkeiten und Patient*innenrechten in „alle Richtungen“. Das heißt, dass sowohl gegebenenfalls an eine Antidiskriminierungsberatungsstelle verwiesen wird oder zu der Möglichkeit, gegen das Krankenhaus rechtlich vorzugehen, informiert wird. Hier findet demnach ein Empowerment der Patient*innen statt, wie es für eine Antidiskriminierungsberatung empfohlen wird (ADS 2015).

Ist das Problem erkannt, wird ein Prozess in Gang gesetzt, der über Hierarchiegrenzen hinweg ganze Abteilungen einbeziehen kann. Es muss geklärt werden, wer zuständig ist und wer welche Prozesse in die Wege leiten muss, entweder, um eine Behandlung zu ermöglichen oder zu verbessern, oder um eine Beschwerde zu verfolgen. In beiden Fällen nehmen Beschwerdemanager*innen eine Art **Vermittlerrolle** ein. Sie haben keine Weisungsbefugnis. Sie können also vor allem Informationen übermitteln und um Stellungnahmen oder ein persönliches Gespräch bitten sowie auf Personen Einfluss ausüben, die weisungsbefugt sind.

Sind Patient*innen noch in Behandlung, liegt der Schwerpunkt der Beschwerdebearbeitung in der Lösungsfindung hinsichtlich der Weiterführung der Behandlung. Geht es (auch) darum, dass Beschwerden Konsequenzen für den Beschuldigten haben sollen, erfolgt folgender Beschwerdebearbeitungsprozess: Die Beschwerde wird im Anschluss an eine Schweigepflichtsentbindung der Betroffenen in den befragten Krankenhäusern zuerst oder parallel immer auch an die **Bereichsleiter*innen** weitergegeben, damit diese über Beschwerden in ihren Bereichen Bescheid wissen. Dann werden **Stellungnahmen** bei den Beschuldigten eingefordert. Die Bearbeitung kann auch vollständig über die Bereiche erfolgen. Chefärzt*in, Pflegedienstleitung und Abteilungsleitung arbeiten den Vorgang mit den Betroffenen auf und geben dann eine Stellungnahme ab, gegebenenfalls unter Einbeziehung von Beauftragten. Stellungnahmen können auch als persönliches Antwortschreiben angefordert werden, indem betroffene Mitarbeiter*innen ein an die beschwerdeführende Person gerichteten Brief schreiben. Dieses Vorgehen soll den Perspektivwechsel des Beschuldigten fördern. Stellungnahmen werden nach Bearbeitung der Beschwerdemanagerinnen an die Beschwerdeführer*innen weitergeleitet. Sie erlauben gegebenenfalls eine Klärung der Situation oder enthalten eine **Entschuldigung**. Im Anschluss an schriftliche Stellungnahmen oder unabhängig davon können gemeinsame **Gespräche mit Beschwerdeführer*innen und Beschuldigten** geführt werden, falls beide Parteien dies wünschen und dazu bereit sind. Steht eine geringe Einsicht der Beschuldigten einem Austausch mit den Betroffenen oder einer Entschuldigung entgegen, können **Schulungen zu Antidiskriminierung stattfinden**. Teilweise wurden von den

Beschwerdemanagerinnen bereits **Abmahnungen** oder **Entlassungen** in Zusammenhang mit Diskriminierungserfahrungen veranlasst. So wurde zum Beispiel Sicherheitspersonal im Coronazentrum, über das Beschwerden mit und ohne Rassismussvorwurf eingegangen waren, abgemahnt und nicht mehr zugelassen oder eine Person am Empfang nur noch in Notfällen eingesetzt, nachdem in Situationen mit Patient*innen deutlich geworden war, dass sie zu wenig kulturelle Sensibilität besitzt. Klagen gegen das Krankenhaus werden, auch bei Diskriminierungsbezug, prinzipiell nicht im Beschwerdemanagement bearbeitet, sondern in der Rechtsabteilung des Krankenhauses. An die Rechtsabteilung werden auch Fälle weitergeleitet, in denen ein Verstoß gegen die Berufsordnung vermutet wird (vergleiche Fallstudie Kammern Kapitel 5.2.2).

Beschwerden mit Diskriminierungsbezug werden, wie auch viele andere Beschwerden, nach Angaben der Beschwerdemanagerinnen **in der Regel kommunikativ gelöst**, während Konflikte zu medizinischen Behandlungsfehlern beziehungsweise zur Patient*innensicherheit stärker zu Rechtsstreitigkeiten führen. Häufig stelle sich bei der Auseinandersetzung mit den Schilderungen der Betroffenen und der Stellungnahmen der Beschuldigten heraus, dass die Probleme, die zu der Beschwerde geführt haben, auch Personen gegenüber auftreten, die zum Beispiel nicht aufgrund von Diskriminierungsmerkmalen benachteiligt werden, sondern beispielsweise aufgrund unfreundlichen Verhaltens. Das kann dann zu einer Änderung der **Bewertung des Falls** als „nicht diskriminierend motiviert“ bei den Beschwerdemanagerinnen führen. Der Handlungsbedarf bleibe jedoch nach Aussage der Beschwerdemanagerinnen der gleiche und Maßnahmen werden eingeleitet, damit für Betroffene zukünftig keine vergleichbare Situation mehr eintritt, unabhängig davon, ob die Personen aufgrund von Diskriminierungsmerkmalen benachteiligt werden oder aus anderen Gründen. Teilweise können Beschwerdemanager*innen auch zu einem Konflikt unmittelbar hinzugezogen werden und können in diesem zwischen Patient*innen und Krankenhauspersonal vermitteln. Selbst vermeintliche Fehlbehandlungen stellen sich nach Ansicht der Beschwerdemanagerinnen oft als **Missverständnisse und Kommunikationsprobleme** heraus, die im Nachhinein für beide Seiten befriedigend geklärt werden können. Jeder vermutete **Behandlungsfehler** beinhaltet jedoch möglicherweise ein medizinisches Risiko und wird, unabhängig von Diskriminierung, von den Beschwerdemanagerinnen besonders behandelt. Behandlungsfehler, falsche Diagnosen oder unterlassene Alternativen werden als sicherheitsrelevant klassifiziert und wöchentlich in der Besprechung unter anderem mit dem Risikomanagement¹⁷, das Meldungen zu Behandlungsfehlern bearbeitet, analysiert, um bei Bedarf gemeinsam interne Maßnahmen zur Risikoverringerung einzuleiten. Bezüge des Risikomanagements zu Anfragen mit Diskriminierungsbezug bestehen bisher nicht.

Für den Umgang mit Diskriminierungsmeldungen wurde in dem Krankenhaus mit Antidiskriminierungsbeauftragten eine interne **Verfahrensweisung** „Umgang mit Diskriminierungsmeldungen“ formuliert, die den Prozess und die Verantwortlichkeiten im Umgang mit Diskriminierung detailliert beschreibt. Die Verfahrensweisung gilt für alle Mitarbeiter*innen und es ist dargelegt, welche Konsequenzen bei Diskriminierungsvorfällen gezogen werden, wie die Dokumentation erfolgen soll und welche Unterlagen zur Bewertung eines Vorfalls herangezogen werden dürfen. Die Verfahrensweisung ist im Qualitätsmanagementhandbuch hinterlegt.

17 Klinisches Risikomanagement in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken umfasst die Gesamtheit der Strategien, Strukturen, Prozesse, Methoden, Instrumente und Aktivitäten in Prävention, Diagnostik, Therapie und Pflege, die die Mitarbeiter*innen aller Ebenen, Funktionen und Berufsgruppen unterstützen, Risiken bei der Patientenversorgung zu erkennen, zu analysieren, zu beurteilen und zu bewältigen, um damit die Sicherheit der Patient*innen, der an deren Versorgung Beteiligten und der Organisation zu erhöhen (Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. 2016, S. 3) (Literaturverzeichnis: Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (2016): Anforderungen an klinische Risikomanagementsysteme im Krankenhaus. Handlungsempfehlung, Berlin).

Alle Meldungen werden dem Lob- und Beschwerdemanagement des Krankenhauses mitgeteilt. Die Verfahrensweisung beinhaltet folgende Themen:

- Ziel und Zweck,
- Geltungsbereich,
- Prozessablauf,
- Prozesssteuerung (Prozessverantwortliche, Prozessbeteiligte und -schnittstellen, Prozessdokumentation, Prozessrisiken, Prozesskennzahlen, Prozesskontrollen),
- mitgeltende Unterlagen.

Es ist nicht bekannt, in wie vielen Krankenhäusern ähnlich differenzierte Richtlinien zum Umgang mit Diskriminierungsmeldungen vorliegen. Die Antworten in der Onlinebefragung verweisen darauf, dass circa ein Drittel Schulungen und Richtlinien mit Inhalten des **AGG** regelmäßig anwendet, vermutlich jedoch oft ausschließlich in Bezug auf die **Arbeitnehmerrechte der Mitarbeiter*innen** (vergleiche Kapitel 5.1.1). In dem anderen im Rahmen der Fallstudie befragten Krankenhaus sind „Evaluation“ und „Ableitung von Verbesserungen“ allgemein als Schritte im Beschwerdemanagement festgelegt.

Es besteht in den befragten Beschwerdestellen auch die Möglichkeit einer **anonymen Beschwerde**. Diese Meldungen werden dann anonym weitergeleitet und in den regelmäßigen Mitarbeiter*innenbesprechungen der entsprechenden Bereiche thematisiert.

Je nach Beschwerde wird von den Beschwerdemanagerinnen versucht, neben der fallbezogenen Bearbeitung auch etwas in der **Institution zu verbessern**, zum Beispiel hinsichtlich der Kommunikation oder der Ausstattung. Fälle werden auf Hinweise ausgewertet, die auf strukturelle Schwächen hinweisen, und es wird versucht, die Fallbearbeitung als Best-Practice-Modelle für zukünftige Situationen zu etablieren. Bei Menschen mit Hörbeeinträchtigung habe man sich beispielsweise mit der Technik auseinandergesetzt, ob gewisse Inhalte auch mit Untertiteln möglich sind. Andere Beispiele sind die Anschaffung neuer bedarfsgerechter Stühle für eine Adipositas-Station oder geriatrischer Betten für ältere Personen. Ein weiteres Beispiel für Lösungen, die strukturelle Diskriminierung verhindern sollen, ist das systematische Anbieten von **Dolmetscher*innendienst**, zum Beispiel über ein „International Office“, das unter anderem Dolmetscher*innen für Aufklärungsgespräche stellt. Sie werden von beiden befragten Krankenhäusern angeboten. In einem Krankenhaus der befragten Beschwerdemanagerinnen gibt es eine separate **Verfahrensrichtlinie**, wie Dolmetscher*innendienste genutzt werden können. Oft steht eigenes Personal des Krankenhauses zur Verfügung. Es muss jedoch im Einzelfall abgewogen werden, ob diese Personen in der Lage sind, die teilweise komplexen oder für Patient*innen mit schwerwiegenden Konsequenzen verbundenen medizinischen Inhalte weiterzuvermitteln, oder ob, auch unter Beachtung der rechtlichen Vorgaben zur Aufklärung von Patient*innen, gezielt externe Dolmetscher*innen eingesetzt werden sollten. Zu dieser Abwägung je nach Inhalt/Sachlage und Situation sowie zu der Organisation des Dolmetscher*innendienstes gibt die Verfahrensrichtlinie konkrete Anleitung.

Ein Schwerpunkt in der Auseinandersetzung mit Diskriminierung ist für das Beschwerdemanagement zudem die **Diskriminierung von Mitarbeiter*innen durch Patient*innen**, zum Beispiel, dass die Kompetenz von Personal, das nicht deutsch „gelesen“ wird, zum Beispiel aufgrund des Namens oder der äußeren Erscheinung beziehungsweise mit zugeschriebener Migrationsgeschichte, in Frage gestellt wird oder die Behandlung durch dieses abgelehnt wird. In Fällen, in denen es zu Diskriminierung von Mitarbeiter*innen durch Patient*innen gekommen ist, wird

immer versucht, mit den Patient*innen zu sprechen und sie auf einen respektvollen Umgang mit dem Personal hinzuweisen. In letzter Konsequenz können Patient*innen nur noch als Notfallpatient*innen behandelt beziehungsweise kann ein **Hausverbot** ausgesprochen werden. Oft ist nach Erfahrung der Beschwerdemanagerinnen bereits der Hinweis auf das Hausrecht und die damit verbundenen Folgen hinreichend, um bei Mitarbeiter*innen oder auch diskriminierenden Patient*innen eine Verhaltensänderung zu erzielen.

Infobox 1: Beschwerdeprozess im Krankenhaus

Beschwerdemanagement Krankenhaus

Beschwerde kommt an

- Beschwerde wird angenommen und Sichtweise von Beschwerdeführer*innen eingenommen
- Vorstellung der möglichen Abläufe durch die*den Beschwerdemanager*in
- Weiteres Vorgehen je nach Wunsch der*des Beschwerdeführer*in (Vorgehen 1 oder 2)

1. Wunsch der*des Beschwerdeführer*in ist es, den Vorfall zu dokumentieren, aber keine weiteren Schritte einzuleiten beziehungsweise anonym zu bleiben
 - Vorfall wird dokumentiert und zur Sensibilisierung in Mitarbeiter*innenbesprechungen thematisiert, gegebenenfalls können auch Maßnahmen zu strukturellen/institutionellen Verbesserungen eingeleitet werden
2. Wunsch der*des Beschwerdeführer*in nach Maßnahmen
 - Stellungnahme bei Beschuldigten anfordern
 - Prüfung des Vorfalls
 - Gespräche/Entschuldigungen/Schulungen/Versetzung/Abmahnung/Entlassungen

Quelle: IGES

Herausforderungen

Aus Sicht der Beschwerdemanager*innen ist es manchmal eine besondere Herausforderung, Diskriminierungserfahrungen **zu bewerten**. Teilweise fühlen sich Personen in diesem Zusammenhang, das heißt zum Beispiel durch Nachfragen, auch durch die Beschwerdestelle selbst diskriminiert und es kann zu eskalierenden Konflikten kommen. Manche Patient*innen hätten zudem **Angst vor Schwierigkeiten in der Weiterbehandlung**, wenn sie sich beschwerten. Diese Sorgen, die auch von den Betroffenenverbänden in den Fokusgruppen benannt worden sind (vergleiche Kapitel 4), werden vom Beschwerdemanagement versucht nach Möglichkeit zu entkräften, da eine offene Fehlerkultur in den Krankenhäusern herrsche. Betroffene meldeten sich jedoch häufig aufgrund dieser Bedenken erst nach Abschluss der Behandlung. Tatsächlich falle den als verursachend angesehenen Mitarbeiter*innen der Perspektivwechsel auf die Sicht der Betroffenen nach Erfahrung der Beschwerdemanagerinnen manchmal schwer, sodass die **grundsätzliche Sensibilisierung der Mitarbeiter*innen** für das Thema Diskriminierung zwar notwendig, jedoch herausfordernd sei. Auch laut Benchmark des Bundesverbandes Beschwerdemanagement für Gesundheitseinrichtungen (BBfG 2019a, 2021) ist ein häufig benanntes Problem, dass viele Führungskräfte nicht verstehen würden, warum Stellungnahmen angefordert werden. Auch eine fehlende Anerkennung des Beschwerdemanagements als Instrument zur Steuerung der Kundenbedürfnisse wird in dieser Umfrage bemängelt. So werde auf Beschwerden häufig **reaktiv**

und rechtfertigend reagiert, anstatt diese tatsächlich ernst zu nehmen und als Instrument einer kontinuierlichen Verbesserung zu nutzen.¹⁸ In einem der für die Fallstudie befragten Krankenhäuser ist diesbezüglich eine Verbesserung eingetreten, seit das Beschwerdemanagement auch die Mitarbeiter*innen in Bezug auf das AGG schulen und die Beschwerdemanager*innen zudem Einzelfällen den Vorwürfen direkt persönlich beziehungsweise telefonisch nachgehen. Dazu hat beigetragen, dass bereichsübergreifend Expertise gemeinsam und gegenseitig unterstützend genutzt wurde. Das heißt, dass sich Kompetenzen zum Diskriminierungsschutz nach AGG für Mitarbeiter*innen und Kompetenzen zum Diskriminierungsschutz auf der Basis von Patientenrechten und Berufspflichten für Patient*innen in den Anlaufstellen des Krankenhauses ergänzen und zu einem insgesamt professionelleren Umgang mit Diskriminierung und zu einem umfassenderen Diskriminierungsbegriff führen.

Potenziale und Verbesserungsmöglichkeiten

Die Beschwerdemanagerinnen, die im Rahmen der Fallstudie befragt wurden, sehen sich für die Bearbeitung von Anfragen mit Diskriminierungsbezug grundsätzlich gut aufgestellt. Den eingeschlagenen Pfad, Diskriminierung stärker explizit zu dokumentieren, sich und die eigene Einrichtung hinsichtlich der verschiedenen schützenswerten Diskriminierungsmerkmale **vertiefend** zu sensibilisieren und zu schulen sowie Zugangsbarrieren abzubauen, möchten sie fortsetzen. Teilweise gebe es **zeitliche Beschränkungen**. Es wird in den in die Fallstudie einbezogenen Krankenhäusern daran gearbeitet, umfassender **Formulare, Aufklärungen und Anweisungen in verschiedenen Sprachen** anzubieten, für Patient*innen und Mitarbeiter*innen. Eins der beiden Krankenhäuser sieht Potenziale darin, Kompetenzen von Gleichstellungs-, Behinderten- oder Sicherheitsbeauftragten verstärkt auch in der Beschwerdebearbeitung mit Patient*innen zu nutzen, um professioneller mit den Bedürfnissen verschiedener Patient*innengruppen umgehen zu können. Der rechtliche Rahmen wird im Allgemeinen jedoch als ausreichend angesehen.

Bewertung der Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen

Patient*innen haben in Krankenhäusern prinzipiell die Möglichkeit, sich auch mit Diskriminierungserfahrungen an das Beschwerdemanagement zu wenden. Es ist jedoch davon auszugehen, dass nur vereinzelt wie im UKE explizite Schulungen zu Antidiskriminierung vorliegen oder Richtlinien den Umgang mit und die Bearbeitung von Diskriminierung **in der Organisation systematisch verankern**.

Die befragten Beschwerdemanagerinnen engagieren sich generell persönlich für die Patient*innen und versuchen im Sinne der Patient*innen, **Lösungen im Behandlungskontext** zu finden oder Konsequenzen bei den Beschuldigten zu bewirken – demnach auch bei Beschwerden und Anliegen bei Diskriminierungserfahrungen. Dies kann persönliches Handeln aller Berufsgruppen des Krankenhauses oder institutionelle Merkmale betreffen, wie zum Beispiel Barrieren im Zugang oder die sprachliche Verständigung. Die Anliegen können persönlich oder anonym verfolgt werden. Aufgrund vermutlich in den meisten Krankenhäusern fehlenden entsprechenden Richtlinien bleibt der Umgang mit Diskriminierungserfahrungen jedoch personen- und zeitabhängig und somit unsystematisch.

18 Der BBfG befragt jährlich seine Mitglieder, im Jahr 2021 haben knapp 350 Krankenhäuser an der Benchmark-Befragung teilgenommen (BBfG 2021).

Mit dem UKE wurde in der Fallstudie ein Krankenhaus mit besonders ausgeprägter Antidiskriminierungskompetenz beschrieben, die sich unter anderem bereits in Unternehmensrichtlinien widerspiegelt. Lücken im Umgang mit Beschwerden bestehen im Beschwerdemanagement in der Regel vermutlich vor allem hinsichtlich des **Erkennens und Benennens von Diskriminierung**, das heißt dem Aufdecken von Diskriminierung in den Fällen, in denen sie nicht direkt von den Betroffenen in ihrem Anliegen benannt wird, sowie der Beurteilung, ob es sich bei Diskriminierungsvorwürfen um Diskriminierung handelt oder nicht. In diesem Zusammenhang bleibt unklar, ob kommunikative Probleme, die auf generelle Unfreundlichkeit und verkürzte Erläuterungen, die häufig mit den Ressourcenengpässen im Gesundheitswesen in Verbindung gebracht werden, hinreichend reflektiert werden. Ob sie beispielsweise in Kombination mit Diskriminierungsmerkmalen verstärkt auftreten oder vulnerable Personengruppen (zum Beispiel hochaltrige Personen oder Personen mit Sprachbarrieren) „gleichbehandelt“ werden, obwohl eine besondere Sensibilität erforderlich ist, um letztlich eine vergleichbare, diskriminierungsfreie Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.¹⁹

Maßnahmen, die der Entschädigung der Betroffenen dienen, zum Beispiel nach AGG, wurden nicht benannt. Es ist zudem unklar, in welchen Fällen ein rechtliches Vorgehen angestrebt beziehungsweise dahingehend beraten wird (Verweis an die Rechtsabteilung oder die Kammer für eine berufsaufsichtliche Verfolgung der Diskriminierungserfahrung).

Information und Dokumentation von Diskriminierung erfolgt nur teilweise beziehungsweise ist noch im Aufbau. In einer der beiden Beschwerdestellen wird Diskriminierung als Dokumentationskategorie geführt, nur in diesem Krankenhaus werden Mitarbeiter*innen über die Richtlinie systematisch zu Diskriminierung von Patient*innen informiert. In beiden befragten Beschwerdestellen gibt es **keine Information für Patient*innen**, dass sie sich im Falle von Diskriminierung an das Beschwerdemanagement wenden können.

In einem der befragten Krankenhäuser arbeitet die Beschwerdemanagerin mit einer Antidiskriminierungsbeauftragten zusammen. Eine solche Unterstützung bei Anliegen mit Diskriminierungsbezug wird auch von der anderen Beschwerdemanagerin explizit gewünscht.

19 Ein in der Fallstudie benanntes Beispiel verdeutlicht dies: Es ging um eine Sozialanamnese, die bei einer Person mit Migrationshintergrund von Pflegekräften durchgeführt wurde. In diesem Zusammenhang wurden Fragen nach der Herkunft, nach den Sprachkenntnissen, nach der Dauer des Lebens in Deutschland gefragt. Die Angehörigen konnten diese Fragen, das heißt die Notwendigkeit für eine Sozialanamnese, nicht einordnen und nahmen sie als diskriminierend wahr, insbesondere, weil die sprachlichen Fähigkeiten des Patienten durch einen Schlaganfall deutlich schlechter waren als vor der Erkrankung. Die die Sozialanamnese durchführenden Pflegerinnen waren schockiert von dem Diskriminierungsvorwurf, da sie nur die üblichen Fragen gestellt hatten. Ein klärendes Gespräch wurde von der Familie verweigert.

Fallstudie Patient*innenfürsprecher*innen in Krankenhäusern

Im Rahmen der Fallstudie wurden Experteninterviews mit zwei Patient*innenfürsprecher*innen durchgeführt. Sie sind bereits in Rente, aber langjährig ehrenamtlich als Patient*innenfürsprecher*in an Universitätskliniken tätig. In beiden Kliniken gibt es mehrere Patient*innenfürsprecher*innen. Patient*innenfürsprecher*innen sind nicht in jedem Krankenhaus in Deutschland verpflichtend, sodass diese Anlaufstelle nicht für alle Krankenhausstandorte verfügbar ist (vergleiche Kapitel 3.1 sowie Abschnitt „Rechtsgrundlage“ in diesem Abschnitt).

Rechtsgrundlage

Gesetzlich sind Krankenhäuser dazu verpflichtet, einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement zu betreiben und weiterzuentwickeln. Mit Inkrafttreten des Patient*innenrechtegesetzes im Jahr 2013 ist die Durchführung eines **patient*innenorientierten** Beschwerdemanagements verpflichtend hinzugekommen. Patient*innenfürsprecher*innen können Bestandteil eines solchen patient*innenorientierten Beschwerdemanagements sein beziehungsweise dieses ergänzen. Allerdings unterscheiden sich Patient*innenfürsprecher*innen von Beschwerdemanager*innen dadurch, dass sie **weisungsunabhängig** sind. Zudem führen sie die Tätigkeit in der Regel ehrenamtlich aus (Patient*innenbeauftragte des Bundes 2020). Sie werden in der Regel durch Städte, Kreise oder Krankenhausträger berufen.

In Berlin, Bremen, Brandenburg, Hessen, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Thüringen, dem Saarland und NRW gibt es **gesetzliche Regelungen** zu Patient*innenfürsprecher*innen. In Sachsen und Baden-Württemberg gibt es lediglich gesetzliche Regelungen für Patient*innenfürsprecher*innen in psychiatrischen Krankenhäusern. Einheitliche Regelungen für die Berufung, Organisation und Tätigkeit von Patient*innenfürsprecher*innen existieren nicht. Derartige Regelungen obliegen der Regelungsbefugnis der Länder. Vorschriften zu den Patient*innenfürsprecher*innen sind in einigen Landes-Krankenhausgesetzen oder freiwilligen Vereinbarungen auf Landesebene geregelt (Leitfaden der Patient*innenbeauftragten des Bundes 2020). Beispielfhaft heißt es im Landeskrankenhausgesetz Brandenburg (§ 5[2]): „Die unabhängige Beschwerdestelle prüft Anregungen und Beschwerden der Patientinnen und Patienten und vertritt deren Anliegen gegenüber dem Krankenhaus. Eigene Erkenntnisse zur Patientenversorgung können von der unabhängigen Stelle geltend gemacht werden.“

In den Ländern ohne gesetzliche Regelung (Hamburg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein) gibt es deutlich seltener Patient*innenfürsprecher*innen als in Bundesländern mit gesetzlichen Regelungen. Laut einer Studie aus dem Jahr 2022 im Auftrag des Patient*innenbeauftragten der Bundesregierung haben zum Beispiel in Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern nur knapp 17 Prozent beziehungsweise elf Prozent der Krankenhäuser Patient*innenfürsprecher*innen, in Bayern 47 Prozent (Patient*innenbeauftragter des Bundes 2022). Im Vergleich zum Beschwerdemanagement stellen die Patient*innenfürsprecher*innen somit kein flächendeckendes Angebot dar.

Die **Mittel für Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen** für Patient*innenfürsprecher*innen sollten laut dem Leitfaden der Geschäftsstelle der Patient*innenbeauftragten der Bundesregierung (2020) von der jeweiligen Einrichtung zur Verfügung gestellt werden. Nur in Niedersachsen, dem Saarland und Sachsen-Anhalt sind jedoch Grundsätze zu einer kostenfreien Fort- und Weiterbildung im jeweiligen Landesrecht verankert (ebenda). Inhalte sollen sein: Informationen über Patient*innenrechte und Weiterentwicklungen im Gesundheitswesen, Gesprächsführung, Umgang mit schwierigen Situationen und Supervision, Deeskalationstraining, Umgang mit der

Dokumentation und mit dem Datenschutz sowie Informationen über Organisationsabläufe von Krankenhäusern.

Selbstverständnis und Verständnis von Diskriminierung

Das **Selbstverständnis** der Patient*innenfürsprecher*innen orientiert sich am Leitfaden für Patient*innenfürsprecher*innen (Patient*innenbeauftragte des Bundes 2020), demzufolge deren zentralen Aufgaben

- die Annahme von Anregungen und Beschwerden von Patient*innen und ihrer Angehörigen,
- die Weiterleitung der Anliegen an die zuständige Stelle des Krankenhauses, die Klinikleitung oder den Klinikträger,
- die Veranlassung einer zügigen und transparenten Bearbeitung des Anliegens,
- das Anliegen im Gespräch mit Verantwortlichen des Krankenhauses rückzukoppeln und Ergebnisse an die Patient*innen weiterzuleiten,
- die Dokumentation ihrer Tätigkeit als Patient*innenfürsprecher*innen,
- die Sicherstellung der Schweigepflicht, der Vertraulichkeit und des Datenschutz sowie
- die Vernetzung und der Austausch mit anderen Patient*innenfürsprecher*innen und Beschwerdestellen (oder gleichgelagerten Stellen wie der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland, Selbsthilfegruppen und Gesundheitsläden)

sind.

Eine Beratung zu medizinisch-fachlichen Fragestellungen und eine rechtliche Vertretung der Patient*innen gehören jedoch nicht zu den Aufgaben der Patient*innenfürsprecher*innen.

Die Unterstützung bei Diskriminierungserfahrungen ist keine explizit benannte Aufgabe der Patient*innenfürsprecher*innen. Die befragten Patient*innenfürsprecher*innen sehen ihren Auftrag vielmehr generell in der **Unterstützung von Patient*innen** bei systematischen Lücken in der Patient*innenversorgung, zum Beispiel bei ressourcenbedingt verkürzter Erläuterung von Erkrankungen und Behandlungen oder fehlender individueller Betreuung von Patient*innenanliegen. Aus Sicht der befragten Patient*innenfürsprecher*innen gebe es im Krankenhaus insbesondere zu wenig Anlaufstellen für Menschen mit chronischen Erkrankungen, bei denen über Abläufe und Regeln im System aufgeklärt werden könnte. Die befragten Patient*innenfürsprecher*innen setzen sich dementsprechend dafür ein, diese Informations- und Betreuungslücke zu schließen. Eine weitere Aufgabe wird in der Unterstützung bei Konflikten gesehen, die durch Personalmangel in den Krankenhäusern verstärkt auftreten. Bei komplexen Beschwerden, zum Beispiel, wenn von den Patient*innen mehrere Abteilungen durchlaufen wurden oder wenn der Verdacht eines Behandlungsfehlers besteht, wird in jedem Fall mit dem Beschwerdemanagement zusammengearbeitet.

Der Umgang beziehungsweise die Bearbeitung von Diskriminierung stellt für die befragten Patient*innenfürsprecher*innen keinen speziellen Fokus ihrer Beratungs- und Unterstützungsleistung dar, sodass sie sich mit diesem Thema auch nicht explizit beschäftigt haben. Diskriminierung war bislang kein expliziter Grund von Patient*innen und Angehörigen, sich an die Patient*innenfürsprecher*innen zu wenden. Diskriminierungserfahrungen sind vielmehr manchmal der Hintergrund für eine Anfrage und werden im Rahmen der Lösungsfindung berücksichtigt wie auch andere situative Faktoren einer Anfrage, wie zum Beispiel der Wissensstand der Personen oder die Fähigkeit, ihr Anliegen klar zu formulieren. Zum Beispiel können individuelle Lösungen darin bestehen, bei großen Familien eine Ansprechperson zu definieren oder bei

Sprachbarrieren Dolmetscher*innendienste zu organisieren. Es wird demnach von den Patient*innenfürsprecher*innen im Sinne der Betroffenen gehandelt. Es kann jedoch sein, dass Diskriminierung nicht als solche erkannt wird, da Patient*innenfürsprecher*innen keine speziellen Schulungen absolviert haben.

Kompetenzen

Die Interviewpartner*innen dieser Fallstudie haben nur teilweise eine spezielle Einführung in die Aufgabe der Patient*innenfürsprecher*innen, insbesondere nicht zu Antidiskriminierung, erhalten. Sie wurden von Kolleg*innen eingearbeitet oder haben eintägige Workshops des Sozialministeriums zu Kommunikation und häufig auftretenden Fällen absolviert.

Diskriminierung war kein expliziter Inhalt der Einarbeitung. Da die befragten Patient*innenfürsprecher*innen eine **unstrukturierte, unsystematische Einarbeitung** angeben, ist davon auszugehen, dass es bei Patient*innenfürsprecher*innen sowie beim Beschwerdemanagement (siehe Fallstudie Beschwerdemanagement in diesem Kapitel) personenabhängig ist, wie qualifiziert der Umgang mit Ratsuchenden mit Diskriminierungserfahrungen erfolgt. Die Ergebnisse der Onlinebefragung deuten jedoch darauf hin, dass das Amt der Patient*innenfürsprecher*innen, das als Ehrenamt ausgeübt wird, in großen Teilen von Personen mit kommunikativen und juristischen Kenntnissen ausgeübt wird (vergleiche Kapitel 5.1.1). Wichtig ist ihnen, dass sie für sich ein **Recht auf Stellungnahme** beanspruchen und zwischen Patient*innen und ärztlichem beziehungsweise pflegerischem Personal vermitteln wollen. Die befragten Patient*innenfürsprecher*innen üben das Ehrenamt auf der Basis einer im Berufsleben vergleichbaren Kompetenz aus und erleben sich daher als kompetente Gesprächspartner*innen auf allen Hierarchieebenen des Krankenhauses.

Häufig werden Patient*innenfürsprecher*innen lt. Richtlinie mit Situationen konfrontiert, die umfangreiche Fachkenntnisse und soziale Kompetenzen erfordern. Folgende Kompetenzen sind daher in der Richtlinie gefordert (Patient*innenbeauftragte des Bundes 2020):

- Informationen über Patient*innenrechte und Weiterentwicklungen im Gesundheitswesen,
- Gesprächsführung, Umgang mit schwierigen Situationen und Supervision, Deeskalationstraining,
- Umgang mit der Dokumentation und mit dem Datenschutz,
- Informationen über Organisationsabläufe von Krankenhäusern.

Von den befragten Patient*innenfürsprecher*innen benannte Fortbildungsveranstaltungen finden zum Beispiel mit anderen Krankenhaus Mitarbeiter*innen statt. Hier wird in **Rollenspielen** versucht, mit verschiedenen Problemen umzugehen. Diskriminierung hat in diesem Zusammenhang bisher keine Rolle gespielt. Organisationen, die von Diskriminierung betroffene Personengruppen vertreten, sind bekannt, Anknüpfungspunkte jedoch selten. Einer der beiden Patient*innenfürsprecher*innen wurde bereits von einem Zentrum, das queere Menschen unterstützt, angeschrieben, dass sie für einen Austausch zur Verfügung ständen, es habe jedoch noch keinen Anlass zur Zusammenarbeit gegeben. Die andere Patient*innenfürsprecherin hatte schon einmal an eine Initiative für Jugendliche mit Gewichtsproblemen verwiesen, da das Krankenhaus ihrer Ansicht nach für die Problematik der falsche Ansprechpartner war. In den Interviews mit den Patient*innenfürsprecher*innen wird jedoch eine **Sensibilität für Diskriminierungsbezüge** deutlich, die offenbar bereits vor der Tätigkeit in anderen Kontexten erworben wurden und sich in einer Wertschätzung der Anliegen der Patient*innen zeigen. So wurde zum Beispiel von einer Patient*innenfürsprecherin berichtet, dass sie mit einer großen Familie mit Migrationsgeschichte geregelt hat, dass sich die Familie gut um ihre*n Angehörige*n im Kranken-

haus kümmern konnte, ohne in Konflikt mit dem Krankenhaus zu geraten, indem ein*e feste*r Ansprechpartner*in definiert wurde. Ein weiteres Beispiel für den sensibilisierten Umgang der Patient*innenfürsprecherin war der Fall einer Person, für die während der Coronapandemie das Krankenhaus telefonisch dauerhaft nicht erreichbar gewesen war. Die Person war außerhalb des Krankenhauses in einem Geschlechtsangleichungsprozess und hatte in einer E-Mail mit Suizid gedroht, falls sie weiterhin durch das Krankenhaus ignoriert werde. Der Patient*innenfürsprecherin wurde intern empfohlen, das Ordnungsamt einzuschalten. Dies hielt sie jedoch für keine gute Lösung für die betroffene Person und hat daher organisiert, dass ein*e Ärzt*in des Krankenhauses, die Geschlechtsangleichungen begleitet, direkt bei der Person angerufen und für den nächsten Tag einen Termin vereinbart hat.

Aufkommen von Anfragen / Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen

Die befragten Patient*innenfürsprecher*innen stellen **keine gehäuften Beschwerden zu bestimmten Diskriminierungsmerkmalen** fest und bestätigen damit die Ergebnisse der Onlinebefragung. Spezielle Anfragen zu Diskriminierungserfahrungen werden als **sehr selten** beschrieben. Ursachen für Konflikte mit Diskriminierungsbezug seien häufig dem **Personalmangel sowie Kommunikationsproblemen** zwischen Ärzt*innen und Patient*innen geschuldet. Als Beispiele wurden Beschwerden zu Besuchsregelungen während der Coronapandemie benannt, bei denen die Ursache des Konflikts in fehlender mehrsprachiger Aufklärung über die Regelungen gesehen wurde. Darüber hinaus wurden Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen aufgrund des Geschlechts von Frauen, die mit ihrer Erkrankung von Ärzt*innen nicht ernst genommen wurden, oder Diskriminierungserfahrungen von Personen aufgrund ihres (zugeschriebenen) ethnischen oder religiösen Hintergrunds sowie Sprachbarrieren berichtet.

Beratungs- und Beschwerdeprozess

Patient*innen werden über die **Internetseite der Klinik** auf das Angebot der Patient*innenfürsprecher*innen aufmerksam gemacht oder über **Aushänge auf den Stationen, Flyer oder Patient*innenbroschüren**, die bei der Aufnahme verteilt werden. Diskriminierung wird als möglicher Anlass für die Kontaktaufnahme in diesen Informationsmaterialien nicht explizit erwähnt.

Bei Kontaktaufnahme wird zunächst das **Anliegen** geklärt. Bei Sprachbarrieren wird gegebenenfalls ergänzend mit Angehörigen gesprochen, um das Problem zu erörtern.

Nach Beschwerdeaufnahme wird jeweils nur gehandelt, wenn die*der Beschwerdeführer*in das auch **wünscht**. Es gab eine Beratungsanfrage, die nur die Klärung der Frage, ob Diskriminierung vorliegt oder nicht, zum Inhalt hatte und die Beratung damit abgeschlossen war. Manche Patient*innen fühlen sich nach Aussagen der befragten Patient*innenfürsprecher*innen im Verlauf der Auftragsklärung im Gespräch zu wenig ernst genommen und kommen dann nicht wieder auf die Patient*innenfürsprecher*innen zu, sodass der Prozess ebenfalls bereits in dieser Phase enden kann und weiterführende Gespräche nicht stattfinden. Solche Reaktionen kommen zum Beispiel vor, wenn es bei den Patient*innenfürsprecher*innen zu lange dauert, verantwortliche Personen ausfindig zu machen. Ähnliche Erfahrungen berichteten auch die Expert*innen der Betroffenenverbände (vergleiche Kapitel 4).

Falls weitere Schritte auf Wunsch der Patient*innen unternommen werden sollen, werden gegebenenfalls Verschwiegenheitserklärungen von den Patient*innenfürsprecher*innen oder Schweigepflichtsentbindungen von den Patient*innen ausgefüllt. In diesem Zusammenhang kommt es vor, dass die Patient*innenfürsprecher*innen die Ratsuchenden unterstützen, ihrem Anliegen Gewicht zu verleihen, zum Beispiel durch die **Verschriftlichung von Fragen**. Wenn das

Vertrauensverhältnis zwischen den Betroffenen und den zu Diskriminierung beschuldigten Ärzt*innen zu stark beeinträchtigt ist, kann die Unterstützung durch die Patient*innenfürsprecher*innen auch darin bestehen, für die Patient*innen eine*n andere*n Ärzt*in zu suchen.

Wenn für die Patient*innenfürsprecher*innen auffällig ist, dass Patient*innenrechte verletzt beziehungsweise nicht beachtet wurden, wie zum Beispiel Aufklärungspflicht, Einblick in die eigene Patientenakte, wird dies von den Patient*innenfürsprecher*innen angesprochen und auch im Gespräch mit den Ärzt*innen darauf hingewiesen. In Zweifelsfällen stimmen sich die Patient*innenfürsprecher*innen dazu mit der Rechtsabteilung ab, um die Situation zu klären.

Im ersten Schritt der Beschwerdebearbeitung wird **Kontakt** mit den beteiligten Personen aufgenommen, um eine unmittelbare Lösung zu finden, zum Beispiel ein gemeinsames Gespräch zu führen. Nur bei gravierenden Problemen oder auf Wunsch der Beschwerdeführer*innen wird eine **Stellungnahme** der*des Ärztin*Arztes oder – der Pflegeperson eingeholt. In der Folge kann es eine schriftliche Antwort an die Patient*innen geben oder, und das ist das bevorzugte Vorgehen, wenn die Beteiligten dazu bereit sind – es werden weitere Gespräche geführt. Dies ist zum Beispiel sinnvoll, wenn offensichtlich ist, dass ein strukturelles oder organisatorisches Problem besteht. Wenn zum Beispiel eine schwer behinderte Person trotz vereinbarten Termins stundenlang im Wartebereich auf ihre Untersuchung warten muss, liegt entweder ein einmaliges Fehlverhalten oder ein generelles Problem vor. Solche Fälle sind jedoch mit Diskriminierungsbezug bei den Patient*innenfürsprecher*innen noch nicht vorgekommen.

Das Gespräch, das die*der Patient*innenfürsprecher*in mit den Ärzt*innen führt oder zwischen beiden Parteien in die Wege leitet, dient der unmittelbaren Klärung und Lösungsfindung. Falls der*die Beschuldigte beziehungsweise bisherige Ansprechperson der Patient*innen nicht zu sprechen ist, wird mit der Klinikleitung oder anderen nicht unmittelbar an dem Konflikt Beteiligten gesprochen, zum Beispiel dem*der Oberarzt*Oberärztin. Bei Beschwerden gibt es keine **Hierarchie**, die die Patient*innenfürsprecher*in einhalten müssen. Die höchste Eskalationsstufe zur Lösungsfindung stellt die Einbeziehung des für die Krankenversorgung zuständigen Vorstandsmitglieds des Krankenhauses dar.

Die*der Patient*innenfürsprecher*in kann bei rechtlichen Fragen an das Beschwerdemanagement verweisen oder sich an die*den Landespatient*innenbeauftragte*n wenden. Kontakt zu Institutionen und Organisationen, die sich für Diskriminierungsfälle einsetzen, besteht selten. Teilweise, bei sehr spezifischen Patient*innenanfragen, wird an andere Stellen verwiesen, zum Beispiel bei psychiatrischen Fragen an den Sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes, an Selbsthilfegruppen, an die Krankenkassen oder die Kassenärztliche Vereinigung.

Bei spezifischen Themen werden Spezialist*innen aus der Klinik dazugerufen, wie beispielsweise bei einer Person, die sich im Prozess der Geschlechtsumwandlung befand und mit Suizid gedroht hatte. Hier wurde die **Sozialpsychiatrie** mit hinzugezogen. In der Bearbeitung ist auch der Einbezug der **Ethikkommission** denkbar. Bei Sprachbarrieren kann ein*e Dolmetscher*in engagiert werden, das kam bei den befragten Patient*innenfürsprecher*innen jedoch noch nicht vor.

Patient*innenfürsprecher*innen können Beschwerden weiterleiten, um ein **Entschuldigungsschreiben** zu erwirken. Dieses Schreiben kommt von der Klinikleitung, die dann wiederum die Stellungnahme der*des Beschuldigten zitiert. Vor der Weiterleitung an die*den Betroffene*n wird von der Patient*innenfürsprecher*in geprüft, ob die Antwort für die betroffene Person akzeptabel ist. Das war bisher bei den befragten Beschwerdemanagerinnen jedoch immer der Fall,

unabhängig davon, ob es um Diskriminierungserfahrungen oder andere Problemlagen ging. Insgesamt ist davon auszugehen, dass sowohl in den Gesprächen als auch Entschuldigungsschreiben ein Diskriminierungsbezug sehr selten ist. Aus Betroffenenperspektive (vergleiche Kapitel 4) wurde berichtet, dass Entschuldigungsschreiben, die von der Leitung kommen, jedoch dahingehend problematisch sind, dass diese für Betroffene unbefriedigend seien und nur eine direkte Entschuldigung der beschuldigten Person den Betroffenen versichern können, dass die Beschuldigten sich hinreichend mit ihrer Diskriminierungserfahrung befasst haben.

Infobox 2: Beschwerdeprozess bei Patient*innenfürsprecher*innen im Krankenhaus

Beschwerdeprozess Patient*innenfürsprecher*innen

Beschwerde kommt an

- Kontakt mit Beschwerdeführer*in wird aufgenommen, die Schilderung ernst genommen und nicht angezweifelt
- Die möglichen Abläufe werden vorgestellt
- Mit Einverständnis von Beschwerdeführer*in erfolgen weitere Schritte (mögliche Schritte 1, 2, 3 und 4)

1. Situation durch die Patient*innenfürsprecher*innen bei den Beteiligten ansprechen
→ Klärung/Entschuldigung / Lösung für die Behandlung
2. Betroffenen direkt ein Gespräch mit den Beteiligten des Krankenhauses vermitteln
3. Gegebenenfalls Einbezug Ethikkommission zur Lösungsfindung
4. Gegebenenfalls Weiterleitung an Krankenhausvorstand zur Lösungsfindung / schriftlichen Antwort an die Patient*innen

Quelle: IGES

Herausforderungen

Personal- beziehungsweise Zeitmangel wie beispielsweise in der Pflege sind oft Ursache für Beschwerden und werden von den Patient*innenfürsprecher*innen auch als Ursache für Diskriminierungserfahrungen angenommen. Dem Personal ist dieser Missstand auch bekannt, es fehlen bisher jedoch Lösungsansätze, wie damit umgegangen werden kann. Insbesondere bei chronischen Erkrankungen fehle es an einer umfassenderen Begleitung von Patient*innen, die Missverständnisse über Strukturen und Leistungen sowie Fehlkommunikation verringern könnten.

Bedenken der Patient*innen, es könnte durch die Beschwerde eine schlechtere Behandlung erfolgen, können von den befragten Patient*innenfürsprecher*innen nicht immer ausgeräumt werden, sodass teilweise Beschwerden nicht oder nur anonym weitergeben werden sollen.

Manchmal verweigern **Ärzt*innen** die Mitarbeit bei der Beschwerdebearbeitung, sodass sich die Patient*innenfürsprecher*innen mit Bezug auf ihre Rechtsgrundlage durchsetzen müssen, das heißt, sie verweisen diesen Personen gegenüber auf ihr Recht auf Stellungnahme in diesem Krankenhaus oder sie beziehen höhere Hierarchieebenen mit ein. Teilweise ist das Personal in den befragten

Krankenhäusern über die Aufgaben der Patient*innenfürsprecher*innen nicht hinreichend aufgeklärt. In diesen Fällen müssen die Patient*innenfürsprecher*innen erst auf die entsprechende Internetseite der Klinik zu den Befugnissen der Patient*innenfürsprecher*innen verweisen. Eine weitere Herausforderung für die Patient*innenfürsprecher*innen besteht darin, dass es teilweise sehr schwer ist, innerhalb des Krankenhauses an Informationen zu Fällen, die in der Vergangenheit liegen, zu gelangen, zum Beispiel, um welches Personal es sich in relevanten Schichten/Stationen gehandelt hat. In diesen Fällen kann sich der Prozess, den Betroffenen zu helfen, stark verzögern.

Potenziale und Verbesserungsmöglichkeiten

Durch die Befragung im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts hat nach Auskunft der Patient*innenfürsprecher*innen eine weitere Sensibilisierung zum Thema Diskriminierung bei ihnen selbst stattgefunden. Bei Überarbeitung der Informationsmaterialien wird daher beispielsweise darüber nachgedacht, die Bearbeitung von Rassismus konkret als Inhalt ihres Beratungsangebots zu nennen, um mehr Transparenz für die Aufgaben der Patient*innenfürsprecher*innen zu erzeugen.

Von den Patient*innenfürsprecher*innen werden zudem mehr Fortbildungen gewünscht, in denen zum Beispiel mit der gewohnten Rollenspielerntechnik auch Fälle mit Diskriminierungsbezug geschult werden könnten.

Bewertung der Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen

Patient*innenfürsprecher*innen kümmern sich persönlich, unabhängig und ehrenamtlich um die Interessen der Patient*innen und haben umfangreiche Rechte, mit den verschiedenen Hierarchien und Personengruppen im Krankenhaus in Kontakt zu treten und Stellungnahmen zu fordern. Sie nehmen fallbezogen zudem Kontakt zu krankenhausexternen Stellen auf, die fachlich zur Lösung beitragen können. Mit der Unterstützung der Ratsuchenden in der Formulierung ihres Anliegens kann auch ein Empowerment der Betroffenen stattfinden.

Hürden bestehen, wenn Verursachende nicht oder nur sehr schwer ausfindig zu machen sind. Bei rechtlichen Fragen wird das Beschwerdemanagement mit einbezogen. Einer der beiden Patient*innenfürsprecher*innen hatte bisher erst zwei Anfragen mit Diskriminierungsbezug, auch bei der*dem anderen waren sie selten.

Lücken bestehen ähnlich wie im Beschwerdemanagement in der fehlenden Information der Patient*innen zur Zuständigkeit der Patient*innenfürsprecher*innen im Falle von Diskriminierung, in Maßnahmen zur Entschädigung der Betroffenen sowie in der systematischen Verankerung eines qualifizierten Umgangs mit Anfragen mit Diskriminierungsbezug in Schulungen oder Richtlinien für Patient*innenfürsprecher*innen.

Hinsichtlich Diskriminierung liegt eher ein Alltagsverständnis vor. Ein Erkennen und Benennen von Diskriminierung und die Beurteilung, ob es sich bei Diskriminierungsvorwürfen um Diskriminierung handelt oder nicht, sowie das Einleiten von strukturellen Verbesserungsmaßnahmen kommt weniger in Betracht als im Beschwerdemanagement. Die persönliche Biografie sowie der Kontakt zu Betroffenenverbänden außerhalb des Krankenhauses bilden bei den in den Fallstudien befragten Patient*innenfürsprecher*innen den Hintergrund für die Bearbeitung von Anliegen mit Diskriminierungsbezug. Diese Antidiskriminierungskompetenz ist jedoch von der persönlichen Kompetenz der*des Patient*innenfürsprecher*in abhängig und wurde von den Kommunen, die für die Verpflichtung und Auswahl der Patient*innenfürsprecher*innen zuständig sind, nicht systematisch sichergestellt.

5.1.3 Zwischenfazit Krankenhäuser und Rehakliniken

In der stationären Gesundheitsversorgung besteht ein **flächendeckendes Angebot** des Beschwerdemanagements der Krankenhäuser als Anlauf- und Beschwerdestellen für Patient*innen. An vielen Krankenhäusern wird das Angebot ergänzt um das Beschwerde- und Beratungsangebot von Patient*innenfürsprecher*innen. Beide Stellen verfügen über **Prozesse und Vorgehensweisen**, um auch Beschwerden bei Diskriminierungserfahrungen zu bearbeiten und Stellungnahmen sowie Entschuldigungen einzuholen und gegebenenfalls weitere Maßnahmen einzuleiten, die im drastischen Fall auch zur Beendigung des Arbeitsverhältnisses von Beschuldigten führen können. Es wird bei der Bearbeitung der Anfragen von den Ansprechpartner*innen darauf geachtet, dass die Betroffenen gut über den Beschwerdeverlauf informiert werden und in ihrem Sinne gehandelt wird (zum Beispiel anonym oder nicht). Grundsätzlich zeichnen sich **Patient*innenfürsprecher*innen** durch eine organisatorisch unabhängigere Position im Vergleich zum Beschwerdemanagement aus, sind jedoch nicht bundesweit in allen Krankenhäusern verfügbar. Auch Beschwerdemanager*innen geben an, unabhängig von der Organisation und im Sinne der Patient*innen zu handeln, und verfügen über entsprechende kommunikative Kompetenzen, die Perspektive der Patient*innen einzunehmen und zu vertreten. Insgesamt weisen die Ergebnisse der Onlinebefragung darauf hin, dass viele Krankenhäuser aus ihrer Sicht über angemessene Strukturen verfügen, um auch Anfragen mit Diskriminierungsbezug im Sinne der Betroffenen zu bearbeiten.

Es zeigen sich jedoch in den Befragungen auch **Einschränkungen** in den Bearbeitungsprozessen der Anlaufstellen hinsichtlich der **Information** der Betroffenen zur Zuständigkeit bei Diskriminierungserfahrungen sowie der **spezifischen Antidiskriminierungskompetenz der Beschwerdemanager*innen und Patient*innenfürsprecher*innen**.

Das Angebot insgesamt und die **Information zum Vorgehen beziehungsweise zur Bearbeitung von Fällen** im Detail wird in Bezug auf Diskriminierungserfahrungen in der Regel nicht von den Anlauf- und Beschwerdestellen beschrieben. Das Angebot kann daher für Betroffene von Diskriminierung nicht vollumfänglich als niedrigschwellig gelten. Auch gibt es keine spezifischen Anforderungen an Beschwerdemanager*innen oder Patient*innenfürsprecher*innen zu Mehrsprachigkeit, einfacher Sprache oder einem systematischen Zugang der Anlaufstellen zu Dolmetscher*innendiensten.

Eine Sensibilisierung für Diskriminierung als wesentliche **Kompetenz** im Umgang mit Diskriminierung besteht in den Anlaufstellen eher auf Basis der **individuellen Persönlichkeit** der*des Patient*innenfürsprecher*in beziehungsweise der*des Beschwerdemanager*in als aufgrund von systematischer Schulung. Aufgrund der Erfahrungen der Betroffenenverbände (vergleiche Kapitel 4) ist nicht auszuschließen, dass sich die Kompetenzen und Arbeitsweisen der einzelnen Patient*innenfürsprecher*innen und Beschwerdemanager*innen von Krankenhaus zu Krankenhaus gegebenenfalls stark unterscheiden können und sich für die Fallstudien im vorliegenden Gutachten gegebenenfalls besonders engagierte Personen hinsichtlich der Sensibilität für Diskriminierungsbezüge bereit erklärt haben, als Interviewpartner*innen zur Verfügung zu stehen. Auch bei den befragten Ansprechpartner*innen ist jedoch nicht zwangsläufig davon auszugehen, dass von Ihnen **Diskriminierung erkannt und benannt** wird, wenn sie nicht explizit von den Ratsuchenden benannt wird. Eine Ausnahme bildet das Beschwerdemanagement des Uniklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE), deren Mitarbeiter*innen durch die Antirassismusbeauftragte des Klinikums sowie kooperierende Antidiskriminierungsberatungsstellen geschult und in der Fallbearbeitung unterstützt werden.

Häufig wird der **Ressourcenengpass im Gesundheitswesen** als Hintergrund von Konflikten angesehen und nicht eine Diskriminierung. Es wird deutlich, dass ein professionelles Verständnis von Diskriminierung (advd 2013) fehlt. Beispielsweise ist in der Einschätzung einer Situation zu berücksichtigen, dass das Motiv (Absicht, Gedankenlosigkeit, allgemeine Verwaltungspraxis et cetera) nicht der entscheidende Faktor ist für das Vorliegen von Diskriminierung, sondern das Verhalten an sich. Unterschätzt werden zudem vermutlich die vielfältigen Arten, wie Benachteiligung im Allgemeinen und auch im Gesundheitswesen stattfinden kann (zum Beispiel, wenn Menschen mit ungleichen Voraussetzungen gleich behandelt werden, beispielsweise wenn verkürzte Aufklärungsgespräche mit Sprachbarrieren zusammenkommen). Somit kann es auch bei den Patient*innenfürsprecher*innen und Beschwerdemanager*innen gegebenenfalls zu einer letztlich unangemessenen **Rechtfertigung** des diskriminierenden Verhaltens kommen. Insgesamt wird anhand der Fallstudien und der Onlinebefragung der Anlaufstellen im Krankenhaus deutlich, dass es in der Regel keine **spezifische Verankerung** von Antidiskriminierungskompetenzen von Patient*innenfürsprecher*innen und Beschwerdemanager*innen durch Schulungen oder beim übrigen Personal der Krankenhäuser in Richtlinien gibt.

Die geringe **Information** der Patient*innen zur Zuständigkeit des Beschwerdemanagements und der Patient*innenfürsprecher*innen für Diskriminierungserfahrungen **erschwert zudem systematisch den Zugang** zu Beschwerdeprozessen und verhindert somit die Ausbildung von Erfahrungswissen bei Beschwerden mit Diskriminierungsbezug bei den entsprechenden Stellen.

Bei Einstellung einer*ines **Antidiskriminierungsbeauftragten** im UKE konnte eine erhöhte Inanspruchnahme des Angebots, insbesondere bei Rassismuskorrekturen, beobachtet werden. Auch kam es im Zusammenhang mit dieser Position zu der Ausarbeitung einer umfassenden **Richtlinie** zum Umgang mit Diskriminierungsmeldungen im gesamten Krankenhaus. Auch ohne eine solche Position gibt es bereits einzelne Richtlinien in Krankenhäusern, die dem Diskriminierungsschutz dienen, zum Beispiel zu Dolmetscher*innendiensten.

Bisher traten bei den Befragten noch keine Fälle auf, in der die Beschwerdemanager*innen oder Patient*innenfürsprecher*innen einen Konflikt an die Rechtsabteilung des Krankenhauses oder an die Kammer weitergegeben haben, um Konsequenzen von Diskriminierung durch die Berufsaufsicht anzustreben. Rechtliche Maßnahmen, die der Entschädigung der Betroffenen dienen, wie zum Beispiel nach dem AGG, werden von den befragten Anlaufstellen der Krankenhäuser nicht verfolgt.

5.2 Anlauf- und Beschwerdestellen der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens

Zur Selbstverwaltung gehören die Krankenkassen als Kostenträger sowie die Kammern und K(Z)Ven. Für die nicht verkammerten Berufe werden in der vorliegenden Studie auch Berufsverbände in die Betrachtung aufgenommen (vergleiche Kapitel 3.3).

5.2.1 Ergebnisse der Onlinebefragung

Befragte Organisationen und Struktur der Anlauf- und Beschwerdestellen

Als Institutionen der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens beteiligten sich auf **Kostenträgerseite** neun von 100 angeschriebenen **gesetzlichen Krankenkassen**. Darüber hinaus nahmen auf Seiten der Selbstverwaltung von berufsständischen Verbänden und Kammern 28 von 67 angeschriebenen **Kammern der Ärzt*innen, Zahnärzt*innen und Psychotherapeut*innen** und sieben von 34 angeschriebenen **Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (K[Z]V)** teil. Von 76 angeschriebenen **Berufsverbänden** haben 25 an der Befragung teilgenommen, 17 davon auf Landesebene.

Die Ergebnisse sind, aufgrund der geringen Anzahl der Grundgesamtheit, eingeschränkt quantitativ auszuwerten, jedoch auch bereits bei kleinen Stichproben aussagekräftig. Falls sinnvoll, werden konkrete Teilmengen genannt, auf die spezifische relevante Merkmale zutreffen.

Der überwiegende Teil der Institutionen der Selbstverwaltung gibt an, über **Beschwerdestellen beziehungsweise Beratungsstellen** zu verfügen. Die meisten Institutionen beziehen jedoch noch weitere Abteilungen in die Beschwerdebearbeitung mit ein, zum Beispiel die Geschäftsführung. Vereinzelt werden auch Pressestellen und allgemeine Kontaktadresse in die Bearbeitung einbezogen. Es ist jedoch unklar, ob und wie die Bearbeitung der Anfragen an diesen Stellen über eine „Annahme“ der Anfrage hinausgehen oder ob zum Beispiel eine Verweisberatung an die Rechtsabteilung oder an Anlauf- oder Beschwerdestellen in Krankenhäusern erfolgt. Eine Krankenkasse gab an, keine Stelle für Beschwerden zu haben, vier Kammern gaben an, keine Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen zu bearbeiten, zwei der K(Z)Ven gaben an, zu Beschwerden, auch mit Diskriminierungsbezug, an die zugehörige Kammer des Landes zu verweisen beziehungsweise keine Beschwerden mit Diskriminierungsbezug zu erhalten.

Vereinzelt Anlauf- und Beschwerdestellen der Institutionen der Selbstverwaltung geben an, dass es sich um eine unabhängige Einheit handelt. Üblicherweise sind sie an Geschäftsstellen, den Kundenservice oder den Vorstand angegliedert. Für die Bearbeitung der Beschwerden sind überwiegend jeweils zwei bis vier Personen zuständig, vereinzelt lediglich eine Person. In knapp der Hälfte der Kammern sind mehr als fünf Personen für Beschwerden zuständig.

Die Beschwerdestellen dokumentieren in der Regel die Beschwerdefälle sowie die einzelnen Bearbeitungsschritte und können anhand der von ihnen berichteten Möglichkeiten zu Maßnahmen und Interventionsmöglichkeiten als Beschwerdestelle und nicht nur als Anlaufstelle klassifiziert werden.

Aufkommen an Anfragen und Beschwerden bei Diskriminierungserfahrungen

Die Beschwerdestellen der Institutionen der **Selbstverwaltung** geben überwiegend an, dass Anfragen mit **Diskriminierungsbezug selten** sind und mit ein bis fünf Fällen beziffert werden. Nur vereinzelt wird das Aufkommen als „manchmal“ eingestuft und 25 bis 50 Fälle pro Jahr werden benannt (eine Krankenkasse und zwei Kammern). Bei zwei Institutionen lag der Wert mit 180 und 300 Fällen deutlich höher (Kammer beziehungsweise K[Z]V). Hierzu gab eine Kammer an, dass es sich häufig um Beschwerden im Zusammenhang mit Behandlungsablehnungen handelt. Ein Teil der Institutionen, die grundsätzlich über Anlaufstellen verfügen, haben keine Fälle mit Diskriminierungsbezug oder können dazu keine Angaben machen (3 der 7 Krankenkassen, 5 von 24 Kammern, 1 von 7 K(Z)Ven, 6 von 18 Verbänden, 9 von 29 Gesundheitsämtern und 1 von 5 Medizinischen Diensten). Prozentual betrachtet machen Anfragen und Beschwerden mit Diskriminierungsbezug in der Regel maximal fünf Prozent der Anfragen der Beschwerdestellen aus, vereinzelt bis zu zehn Prozent und im Einzelfall nahezu alle Anfragen als mit Diskriminierungsbezug angesehen (eine Kammer). Knapp die Hälfte der **Berufsverbände** gibt an, dass Anfragen mit Diskriminierungsbezug selten oder manchmal vorkommen. Am häufigsten werden hier Anfragen in Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie benannt. Als Gründe für die seltenen oder ausbleibenden Beschwerden nannten die Anlaufstellen, dass Patient*innen die Stelle für andere Themen wahrnehmen, jedoch nicht für Diskriminierungserfahrungen und genauso häufig, dass es in der Regel nicht vorkomme, dass Patient*innen Diskriminierung erleben (neun von insgesamt 44 Institutionen).

Vermutlich insbesondere aufgrund der geringen Anzahl an Fällen lässt sich bei vielen Institutionen, die von Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen berichten, **keine Häufung in Bezug auf bestimmte Diskriminierungsmerkmale** erkennen. Nur vereinzelt berichten Beschwerdestellen, dass bestimmte Merkmale „manchmal“ oder „häufig“ betroffen seien. Die einzigen Diskriminierungsmerkmale, die zudem überwiegend von den K(Z)Ven vermehrt („manchmal“) als Inhalt von Anfragen genannt wurden, waren die ethnische Herkunft / der Migrationshintergrund / rassistische Zuschreibung und das Alter. Während bei Verbänden dies überwiegend auch das einzige Diskriminierungsmerkmal ist, kommen bei den Kammern, Krankenkassen und K(Z)Ven alle abgefragten Diskriminierungsmerkmale mindestens selten in Anfragen der Patient*innen zumindest einiger der Institutionen vor.

Wie bei den Krankenhäusern sind auch bei den Institutionen alle abgefragten **Diskriminierungsformen** bereits mindestens selten und in einem Teil der Institutionen Inhalt von Anfragen und Beschwerden geworden. Am häufigsten genannte Diskriminierungsformen sind verbale Übergriffe, abwertende Bemerkungen, Beleidigungen oder Beschimpfungen (48 von 66 Institutionen, davon 27 „häufig“ oder „manchmal“) sowie sprachliche Barrieren (42 Institutionen, davon 25 mindestens „manchmal“). Die „Verweigerung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen und Verweigerung einer medizinischen Leistung“ sowie die „Ablehnung von Anträgen / Verweigerungen der Kostenübernahme (zum Beispiel Leistungen, Hilfsmittel)“ wird insbesondere von Gesundheitsämtern als häufiger vorkommend benannt (sieben beziehungsweise fünf von 20 Ämtern mindestens „manchmal“). Weitere Formen, von denen jeweils circa die Hälfte der Institutionen berichten, dass sie mindestens „selten“ vorkommen, sind Benachteiligungen durch fehlende oder mangelnde räumliche Barrierefreiheit, Benachteiligungen bei der Terminvergabe, mangelnde / qualitativ schlechtere medizinische Versorgung / unzureichende/fehlerhafte Diagnostik.

19 von 66 Institutionen geben an, dass sexuelle/körperliche Übergriffe/Gewalt mindestens „selten“ in Anfragen benannt werden. Insgesamt berichten Krankenkassen, Verbände und K(Z)Ven von vielen Diskriminierungsformen deutlich seltener als Kammern. Im Anhang sind die offenen Antworten der Institutionen zu häufigen oder typischen Fallkonstellationen dokumentiert (Anhang A1, Tabelle 5). Insgesamt wird anhand der Angaben der Befragten aus den Institutionen der Selbstverwaltung deutlich, dass die in Studien und in der Beratung der Antidiskriminierungsstelle des Bundes für das Gesundheitswesen beschriebenen Fälle (Bartig et al. 2021, ADS 2021, Beigang 2017 und DeZIM 2023) zwar vergleichsweise selten, aber insgesamt mit einem vergleichbaren inhaltlichen Spektrum in den Anfragen und Beschwerden der Patient*innen bei den Institutionen ankommen. Den Kammern kommt dabei die größte Bedeutung zu hinsichtlich des Aufkommens der Anfragen, der Diskriminierungsmerkmale und -formen.

Angebote für Patient*innen bei Diskriminierungserfahrungen

Die Institutionen berichten, dass sie auf vielfältige Arten und Weisen **auf ihre Beratungs- und Beschwerdeangebot hinweisen**, insbesondere die Krankenkassen: durch gezieltes Ansprechen von Patient*innen, durch Hinweise auf Internetseiten, durch Plakate, Flyer oder durch Mitglieder-magazine. Es gibt jedoch auch Krankenkassen (zwei von sieben), die nicht auf ihr Angebot aufmerksam machen. Von Hinweisen explizit auch auf die Beschwerdemöglichkeiten zu Diskriminierungserfahrungen berichten nur zwei der neun Krankenkassen. Kammern und K(Z)Ven informieren überwiegend auf ihren Internetseiten zu ihrem Beschwerde- und Beratungsangebot, fünf von 21 Kammern geben dabei an, auch zu Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierung zu informieren. Dies entspricht der systematischen Recherche (vergleiche Kapitel 3.3). Dabei handelt es sich mit der Ausnahme in Hessen jedoch lediglich auf einen Verweis zum allgemeinen Beratungsangebot und es gibt keine weiteren Angaben zur Zuständigkeit oder konkretere Beschreibungen des Angebots bei Diskriminierung. Keine der K(Z)Ven weist explizit auf die Beschwerdemöglichkeiten zu Diskriminierungserfahrungen hin.

In 16 der 19 **Kammern** und dem Großteil der sechs **K(Z)Ven** und vier Krankenkassen, die zu den Kompetenzen Auskunft gegeben haben, verfügen Mitarbeiter*innen der Anlaufstelle über einen juristischen Ausbildungshintergrund. Außerdem verfügen üblicherweise Mitarbeiter*innen über Kenntnisse des AGG, Kenntnisse im Patient*innenrecht sowie Kenntnisse über Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen und Gesprächsführungskompetenzen/Moderationstechniken. Darüber hinaus sind üblicherweise zur Verfügung stehende Maßnahmen und Interventionsmöglichkeiten insbesondere das Einleiten eines formalen Beschwerdeverfahrens und schriftliche Interventionen (zum Beispiel Beschwerdebrief, Bitte um Stellungnahme). Psychosoziale Beratung sowie Beratung zur Einordnung der Diskriminierungserfahrung in die Rechtslage der Patient*innen wird dagegen wie in den Krankenhäusern auch selten bei den Institutionen der Selbstverwaltung genannt. Formale Akteneinsicht und Falldokumentation gibt ebenfalls nur die Hälfte der Kammern an, „Sprechen im geschützten Raum („Offenes Ohr)“ nennen zwei Drittel der Kammern.

18 von 29 Institutionen geben jedoch an, ihre Mitarbeiter*innen der Beschwerdestelle **nicht gezielt geschult** zu haben, um auf Beschwerden, unabhängig ob mit oder ohne Diskriminierungsbezug, adäquat zu reagieren, beziehungsweise haben eine formale Ausbildung erhalten. Nur 14 der 29 Institutionen geben zudem an, das AGG beziehungsweise Antidiskriminierung in ihren Schulungen oder Richtlinien verankert zu haben. Beispielsweise wird in Beschwerdeseminaren und Fallgesprächen Bezug auf das AGG genommen. Einzelne der Institutionen geben an, die besondere Sensibilität werde geschult, die im Umgang mit Diskriminierung nötig sei. Zudem wird vereinzelt angegeben, dass Antidiskriminierung im Sinne der Berufsordnung gesetzlich verankert sei und somit in Standardschulungen vermittelt werde.

Von den 25 befragten **Berufsverbänden** geben nur vier Teilnehmer*innen an, dass Maßnahmen und Interventionen ihrerseits möglich sind und somit als Beschwerdestellen gelten könnten. Es werden auch von diesen Befragten jedoch nur vereinzelt Maßnahmen benannt und kein breiteres Maßnahmenspektrum wie bei den anderen Institutionen. Da zudem die übrigen 21 Verbände sich in der Benennung der möglichen Maßnahmen klar bei der Verweisberatung verorten, sind die Anlaufstellen und Kontaktmöglichkeiten der Verbände insgesamt nicht als Beschwerdestellen einzuschätzen.

Unterstützungsbedarfe und Verbesserungspotenziale

Insbesondere **Krankenkassen** berichten, dass Beschwerden mit Diskriminierungsbezug eine **besondere Herausforderung** darstellen. Sie benennen dies im Hinblick auf die Erfassung der Sicht der Beschuldigten, die Bewertung der Beschwerde, die Umsetzung von Standards in der Bearbeitung der Beschwerde, die Veranlassung von Verbesserungsmaßnahmen und die Bearbeitungsdauer. Die **Kammern** berichten dagegen nur vereinzelt, dass Bearbeitungsschritte bei Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen im Vergleich zu anderen Beschwerden eine besondere Herausforderung darstellen. Dies berichten vier Kammern bei der Bewertung der Beschwerde, der Beratung der Betroffenen zu möglichen weiteren Schritten und bei der Veranlassung von Verbesserungsmaßnahmen. Bei den **K(Z)Ven** werden die Bearbeitungsschritte bei Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen im Vergleich zu anderen Beschwerden nicht als unterschiedlich bewertet. Lediglich die Bewertung der Beschwerde wird von mehreren K(Z)Ven als herausfordernder beschrieben.

Die Krankenkassen benennen unterschiedliche Unterstützungsbedarfe oder Verbesserungspotenziale in der zukünftigen Bearbeitung von Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen. So benötigt die Mehrheit der Kassen **Informationsmaterial für Patient*innen zum Thema Diskriminierung** sowie mehr Wissen über zuständige Institutionen für eine **Verweisberatung**. Häufig besteht außerdem der Bedarf zur Implementierung von Maßnahmen in der Institution zur Prävention und Intervention bei Diskriminierung sowie rechtlicher Schulungsbedarf zum Diskriminierungsschutz. Vereinzelt werden außerdem interne Richtlinien zum Umgang mit Diskriminierungserfahrungen, Schulungsbedarf zur Kommunikation bei Diskriminierungserfahrungen und die Erweiterung der Dokumentation von Beschwerdeanlässen als Verbesserungspotenzial genannt. Nur zwei der sieben Krankenkassen geben an, keinen Unterstützungsbedarf zu haben. Mehr als die Hälfte der Kammern geben einen ähnlichen Unterstützungsbedarf an (15 von 24). Sie nennen ebenfalls Informationsmaterial für Patient*innen als Bedarf, sowie in Teilen einen Bedarf an Wissen über zuständige Institutionen für eine Verweisberatung und rechtlichen Schulungsbedarf zum Diskriminierungsschutz. Die K(Z)Ven geben überwiegend (fünf von sieben) an, keinen Unterstützungsbedarf oder Verbesserungspotenziale zu sehen.

Bei den **Berufsverbänden** werden geringe Möglichkeiten zur Intervention und gleichzeitig **großer Unterstützungsbedarf** hinsichtlich der Verweisberatung sowie zu Informationsmaterialien für Patient*innen von den Verbänden benannt (zehn von 25 beziehungsweise fünf von 25). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass das aktuelle Angebot der Berufsverbände zu Anfragen mit Diskriminierungsbezug überwiegend **sehr begrenzt** ist.

5.2.2 Fallstudien Selbstverwaltung

In den Fallstudien werden die untersuchten Institutionen **im Sinne einer Bestandserhebung beschrieben** hinsichtlich ihrer Rechtsgrundlage, ihres Selbstverständnisses und Verständnisses von Diskriminierung sowie ihrer Kompetenzen. Hinsichtlich des Umgangs mit Anfragen zu Diskriminierungserfahrungen werden die Beratungs- und Beschwerdeprozesse herausgearbeitet sowie diesbezügliche Herausforderungen, Potenziale und Verbesserungsmöglichkeiten beschrieben. Die **Bewertung des Angebots** der Anlaufstellen hinsichtlich ihrer Möglichkeiten, niedrigschwellige und qualitativ hochwertige Beratung und Beschwerdebearbeitung anzubieten, erfolgt in den Fallstudien über die Zugangsmöglichkeiten der Anlaufstellen für Patient*innen im Fall von Diskriminierungserfahrungen sowie anhand von Kriterien zur Antidiskriminierungskompetenz (ADS 2015, advd 2015, vergleiche Kapitel 2).

Zur vertiefenden Analyse der Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten bei der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens wurden Fallstudien zu den Ärzte- und Psychotherapeutenkammern sowie beispielhaft für die nicht verkammerten Gesundheitsberufe für einen Berufsverband der Hebammen/Entbindungspfleger erstellt.

Fallstudie Ärzte- und Psychotherapeutenkammern

Für die Fallstudie der Ärzte- und Psychotherapeutenkammern wurden drei Landesärztekammern, die Ärztekammern Hamburg und Hessen sowie die Kammer eines weiteren Flächenstaates und eine Psychotherapeutenkammer aus einem Flächenstaat befragt. Befragt wurden für die Ärztekammern Personen aus der Leitung und aus Rechtsabteilungen sowie eine Leiterin des Referats Berufsordnung und der Menschenrechts-, Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragte der Ärztekammer Hessen sowie ein Vorstandsmitglied einer Psychotherapeutenkammer. Zudem wurden Informationen auf Internetseiten verschiedener Kammern in die Analyse einbezogen, zum Beispiel des Landes Berlin.

Rechtsgrundlage

Alle Kammern sind auf Grundlage des länderspezifischen Heilberufe-Kammergesetzes (HKG) für die **Berufsaufsicht über ihre Mitglieder** zuständig, das heißt, sie überwachen die Einhaltung der in der jeweiligen Berufsordnung niedergelegten Berufspflichten. Diskriminierendes Verhalten von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen im Rahmen ihrer Berufsausübung ist ein Verstoß gegen die beruflichen Pflichten und damit berufsrechtswidrig. Kammern sind somit als Berufsaufsicht dafür zuständig, diskriminierendes Verhalten ihrer Mitglieder berufsrechtlich zu ahnden. Über andere, nicht verkammerte Heil- und Gesundheitsberufe hat das Gesundheitsamt die Berufsaufsicht.

Der ärztlichen Berufsordnung vorangestellt, wird ein Diskriminierungsverbot für Ärzt*innen im Genfer Gelöbnis ausgesprochen. Es umfasst Diskriminierungsmerkmale, die über das AGG hinausgehen (**Genfer Gelöbnis**²⁰, Auszug):

20 Das Genfer Gelöbnis ist eine vom Weltärztebund 1948 in Genf beschlossene Neufassung der ärztlichen Berufspflichten in Anlehnung an den vorher geltenden Hippokratischen Eid, der noch religiöse Bezüge enthielt. Das Genfer Gelöbnis wurde bereits mehrfach vom Deutschen Ärztetag modifiziert. Es ist Teil der Berufsordnung der Ärzt*innen. Ähnliche Formulierungen finden sich auch in den Berufsordnungen der weiteren Gesundheitsberufe.

„Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.“

Das Genfer Gelöbnis ist dabei, trotz dort konkret formulierten Diskriminierungsverbots, nicht die gesetzliche Grundlage für berufsrechtliche Prüfungen oder berufsgerichtliche Verfahren aufgrund von Diskriminierung. Es ist der Berufsordnung der Ärzt*innen vorangestellt, stellt jedoch keinen Paragraphen der Berufsordnungen dar. Dies sind vielmehr (am Beispiel Hamburg) die Paragraphen § 2 und § 7, die „allgemeine ärztliche Berufspflichten“ beziehungsweise „Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln“ beinhalten.²¹

Die gesetzliche Grundlage für Psychotherapeutenkammern für die Berufsaufsicht ist ähnlich, weicht jedoch in Einzelheiten von den ärztlichen Regelungen ab. Das Genfer Gelöbnis gibt es hier nicht, in den Berufsordnungen der Psychotherapeut*innen gibt es dagegen Paragraphen, die explizit Diskriminierungsverbote enthalten.²²

Das **AGG** spielt bei den Kammern nach Aussage der für die Fallstudie befragten Kammern nur eine Rolle gegenüber Arbeitnehmer*innen, das heißt als Arbeitgeber für Ärztekammerpersonal, nicht gegenüber Patient*innen.

Diskriminierungserfahrungen sind selten Hintergrund der Berufsaufsichtsverfahren. Häufiger geht es bei der Berufsaufsicht um zum Beispiel die Durchführung der Behandlung an sich, Verletzung der Abstinenz, Probleme in der Rechnungserstellung oder falsche Gutachten im strittigen Sorgerecht bei Psychotherapeuten. Die Ärzte- und Psychotherapeutenkammern sind jedoch nicht dafür zuständig, zu beaufsichtigen, dass Vertragsärzt*innen oder Vertragspsychotherapeut*innen den Versorgungsauftrag gesetzlich Versicherter überhaupt erfüllen (also zum Beispiel eine Behandlung nicht unrechtmäßig ablehnen). Diese Aufsicht liegt bei den Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (K[Z]V; vergleiche Kapitel 3.1).

Verletzen Kammermitglieder ihre Berufspflichten, so kann die Kammer selbst ein **berufsaufsichtliches Verfahren** durchführen oder für ein **berufsgerichtliches Verfahren** an das Berufsgericht geben. Die Vorgehensweisen und Maßnahmen der Kammern in den berufsaufsichtlichen Verfahren unterscheiden sich in den Bundesländern je nach Landesrecht und danach, ob es Psychotherapeuten- oder Ärztekammern sind.

Die Ärztekammer spricht eine Rüge mit oder ohne Auflagen aus, wenn in dem berufsaufsichtlichen Verfahren eine Berufspflichtverletzung festgestellt worden ist, aber das Berufsvergehen geringfügig ist (vergleiche § 59 Abs. 1 HmbKGGH). Auch bei den Psychotherapeutenkammern gehen nur Einzelfälle von erheblicher Schuld an das Berufsgericht. Die Rüge kann mit einer Auflage verbunden werden, bei der Ärztekammer Berlin zum Beispiel einen Geldbetrag bis zu 10.000 Euro an eine gemeinnützige Einrichtung zu zahlen, und die Weisung enthalten, an einer bestimmten

21 § 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten (1) Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. [...]

§ 7 Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln (1) Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen.

22 § 3 Allgemeine Berufspflichten (3) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben die Würde ihrer Patientinnen und Patienten zu achten, unabhängig insbesondere von Geschlecht, Alter, sexueller Orientierung, sozialer Stellung, Nationalität, ethnischer Herkunft, Religion oder politischer Überzeugung.

Maßnahme oder Fortbildung teilzunehmen. Zur Durchsetzung der Auflagen und Weisungen stehen der Ärztekammer die Mittel des Verwaltungsverfahrens- und Verwaltungsvollstreckungsrechts zur Verfügung (Ärztekammer Berlin 2023). Bei eindeutiger Schuld des Kammermitglieds kann im Einzelfall trotz geringfügigen Vergehens dennoch ein berufsgerichtliches Verfahren durchgeführt werden.

Berufsgerichtliche Verfahren können mit länderspezifisch unterschiedlich geregelten Konsequenzen verbunden sein. Bei der Ärztekammer Berlin sind dies beispielsweise

- Warnung,
- Verweise,
- Geldbuße bis zu 50.000 Euro,
- Entziehung des aktiven und passiven Kammerwahlrechts,
- Feststellung, dass der Beschuldigte unwürdig ist, seinen Beruf auszuüben.

Wird eine Geldbuße verhängt, so ist ihre Höhe unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Betroffenen festzusetzen. Berufsgerichtliche Maßnahmen sind im Berufsverzeichnis zu vermerken (Berliner Kammergesetz 2016). Die Konsequenzen berufsrechtswidrigen Verhaltens können je nach Landesrecht und für Ärzte- und Psychotherapeutenkammern unterschiedlich sein, zum Beispiel gibt es nicht immer die Warnung als berufsrechtliche Maßnahme oder die Entziehung des aktiven und passiven Kammerwahlrechts. Die Entziehung der Berufserlaubnis liegt jedoch länderübergreifend nicht bei den Kammern, sondern bei der Approbationsbehörde, kann von der Kammer jedoch empfohlen werden.

Selbstverständnis und Verständnis von Diskriminierung

Die für die Fallstudie befragten Kammern der Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen werden nach eigenen Aussagen aufgrund vielfältiger Aktivitäten zur Prävention von Diskriminierung sowie durch Patient*innenanfragen und -beschwerden regelmäßig mit der Thematik konfrontiert. Diese Angaben bestätigen die Ergebnisse der Onlinebefragung (Kapitel 5.2.1), die zeigt, dass bei den Kammern Anfragen mit Diskriminierungsbezug zwar immer noch selten, jedoch häufiger als bei anderen Anlaufstellen des Gesundheitswesens vorkommen.

Die Kammern verfolgen in Hinblick auf den Umgang mit Meldungen zu Diskriminierung im Wesentlichen folgende Ziele:

1. Die Kammern gehen im Rahmen ihrer **Berufsaufsicht** gegen Diskriminierung vor. Die Kammern schützen demnach über die Aufsicht der Berufsordnung einerseits Patient*innen, da sie in einem Abhängigkeitsverhältnis zu ihren Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen stehen. Gleichmaßen sind die Kammern jedoch auch verpflichtet, ihre Mitglieder vor ungerechtfertigten Vorwürfen zu schützen.
2. Wenn Diskriminierung gemeldet wird, würde es immer als Aufgabe der Kammer gesehen werden, sich mit den Vorfällen auch außerhalb der individuellen berufsrechtlichen Bearbeitung auseinanderzusetzen, das heißt sie **fallübergreifend** in Kommissionen zu diskutieren oder in Projekten zu bearbeiten. Mit wachsendem **Bewusstsein für Diskriminierung** in der Gesellschaft wird zudem eine Aufgabe der Kammern darin gesehen, **strukturelle Diskriminierung** im Gesundheitswesen abzubauen. Es finden **Projekte und Informationskampagnen** zu Diskriminierungskontexten statt, zum Beispiel zu Barrierefreiheit in Ärzt*innenpraxen.
3. In **Beratungsangeboten** einiger Ärztekammern werden Patient*innen, auch im Falle von Diskriminierungserfahrungen, zu den Beschwerdewegen im Gesundheitswesen beraten.

Beschwerdeabteilungen können entlastende Gespräche mit Betroffenen führen. Psychotherapeutenkammern bieten ein Beratungsangebot **ehrenamtlicher Psychotherapeut*innen** an, die Patient*innen in Psychotherapie umfassend zu Psychotherapie und dem Umgang beziehungsweise zur Klärung von Konflikten beraten.

4. Der **Menschenrechts-, Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragte** der Landesärztekammer Hessen unterstützt Patient*innen, die von Diskriminierungserfahrungen betroffen sind, über berufsrechtliche Beschwerdeverfahren hinaus und mit einem antidiskriminierungsspezifischen Verständnis. Er setzt sich für die individuelle Klärung und Verbesserung der Situation der Betroffenen ein. Er setzt sich zudem in Vorträgen dafür ein, dass es bundesweit weitere entsprechende Beauftragte gibt, die aus **Antidiskriminierungsperspektive** die **Interessen der betroffenen Patient*innen** vertreten.

Diskriminierung wird dabei grundsätzlich von den befragten Kammern vergleichbar als **Benachteiligung** verstanden wie im AGG, ist jedoch, wie zur Rechtsgrundlage beschrieben, in der ärztlichen und psychotherapeutischen Berufsordnung verankert und nicht im AGG. Die Reflexion darüber, wie sich Diskriminierung konkret zeigt und an welchen Stellen explizit dagegen vorzugehen ist, wird von den befragten Kammern als Entwicklung angesehen, die sich **parallel zum gesellschaftlichen Diskurs** entwickle. Verfolgt werden könnte Diskriminierung bisher besonders konkret in strukturellen Projekten, die zum Beispiel einen barrierefreien Zugang verbessern, und durch berufsrechtlichen Verfahren, die eine gewichtige Verletzung der Berufsordnung zum Inhalt haben oder die strafrechtlich relevante „unterlassene Hilfeleistung“ aufgreifen. Um im Rahmen der Maßnahmen **strukturell** gegen Diskriminierung und Diskriminierungsgefahren vorzugehen, wird von den Ärztekammern versucht, Antidiskriminierungskompetenz im Allgemeinen zu vergrößern. Es existieren zum Beispiel Grundrechteausschüsse in den Kammern, in denen unter anderem generelle Probleme der Benachteiligung angesprochen und dann an die Ärzt*innen-schaft weitergegeben werden, zum Beispiel bei fehlender Krankenversicherung. In diesem Zusammenhang werden auch Informationsmaterialien erstellt: zum Beispiel Flyer, wie Menschen ohne Papiere behandelt werden können („Menschen in Not helfen“).

Strukturelle Diskriminierung bekämpfen auch die **Psychotherapeutenkammern**, die davon ausgehen, dass in den aktuellen Strukturen nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichberechtigten Zugang zur Psychotherapie haben, wie zum Beispiel Menschen mit niedrigem sozialem Status oder mit geringen Sprachkenntnissen. Diskriminierung zeige sich nicht nur gegenüber Patient*innen, sondern auch in der Berufsvertretung. Frauen sind innerhalb der Kammer zum Beispiel unterrepräsentiert in den Ämtern (vergleiche auch Büring 2017). Durch diese Erkenntnis kam Bewegung in die Kammer, sich im Berufsstand mit den strukturellen Hintergründen für diesen geringen Frauenanteil zu beschäftigen angesichts der Tatsache, dass Psychotherapeut*innen ansonsten in der Mehrheit weiblich sind (72 Prozent, ebenda). Dies hat dazu geführt, dass man sich unter den Psychotherapeutenkammern auch mit anderen Formen der Diskriminierung auseinandersetzt. Zu Geschlechterdiskriminierung wurde zudem inzwischen ergänzend eine Kommission eingerichtet, die aus Psychotherapeutenkammern aller Bundesländer zusammengesetzt ist. Hier werden strukturelle Schwachstellen identifiziert und es wird erarbeitet, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um eine **Erhöhung des Frauenanteils in Kammerpositionen** zu erreichen. Eine weitere Psychotherapeutenkammer hat einen Ausschuss Diversität. Er richtet sich ebenfalls nicht direkt an Patient*innen, aber dreht sich um die Frage, wie man beispielsweise Patient*innen besser erreicht, die weniger Zugang zu Psychotherapie haben, wie People of Color, sozial benachteiligte Menschen und Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. Der Umgang mit Vielfalt und Diversität sowie die Reduktion von Zugangshürden wurde zudem in der Aus- und Weiterbildung verankert. Diversität wird dabei verstanden als unterschiedliche Lebens-

formen und -wirklichkeiten, die den Therapeut*innen in der Therapie begegnen, zum Beispiel ein anderes Geschlecht, in einem anderen Lebensabschnitt oder aus einem anderen kulturellen Kontext stammend. Zudem wird diskutiert, wie psychotherapeutische Ausbildungsinstitute aufgefordert und unterstützt werden können, Diversität in Aus- und Weiterbildung stärker zu thematisieren. Es bleibe noch zu erarbeiten, ob und wie Benachteiligungen im Zugang zu Psychotherapie konkret thematisiert werden, Fachwissen zu Fragen von Diskriminierung geschult wird und somit Verbesserungen erzielt werden können.

Ein kommunikativer Austausch der Kammern mit **Betroffenenverbänden oder (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen** findet bisher nur in begrenztem Umfang und teilweise im Rahmen von Projekten zur Reduktion von struktureller Diskriminierung statt, zum Beispiel dem Amt für multikulturelle Angelegenheiten oder dem Dezernat für Diskriminierung. Betroffenenverbände werden in der Regel nicht **im Kontext der Bearbeitung von Anfragen von Betroffenen** mit Diskriminierungserfahrungen hinzugezogen, um beispielsweise eine „Peer-Perspektive“ einzunehmen, wie von Betroffenenverbänden gefordert (vergleiche Kapitel 4). Dies erfolgt seit der Gründung der Beratungsstelle bei Diskriminierungserfahrungen von Ärzt*innen im Jahr 2023 bei der **Ärztammer Hamburg**. Sie arbeitet mit der Antidiskriminierungsstelle amira zusammen, einer Hamburger Beratungsstelle gegen Diskriminierung. Im Rahmen dieser Kooperation werden zudem zukünftig Mitarbeiter*innen der Kammer geschult, die Patient*innen beraten und Patient*innenbeschwerden bearbeiten, und Antidiskriminierung wird stärker in der Ärztekammer verankert.

Die Kammern stehen im berufsrechtlichen Verfahren **nicht auf Seite der von Diskriminierung betroffenen Patient*innen** oder handeln primär in ihrem Interesse, sondern erfüllen den **neutralen gesetzlichen Auftrag**, ein rechtsstaatliches Verfahren durchzuführen, in dem (zunächst) die Unschuldsvermutung in Bezug auf die Kammermitglieder gilt. In dem **Beratungsangebot** der Kammern, insbesondere der Beratung durch Psychotherapeut*innen bei den Psychotherapeutenkammern, werden Betroffene gezielt in Bezug auf ihr Anliegen beraten. Der Menschenrechts-, Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragte der Landesärztekammer Hessen vertritt zusätzlich zu den weiteren Angeboten der Kammer, und mit einer **Antidiskriminierungsperspektive, explizit die Interessen der Patient*innen**. Er agiert als Ombudsmann unabhängig von und zusätzlich zu der Patient*innenberatungsstelle und der Berufsordnungsabteilung der Ärztekammer Hessen.

Kompetenzen

Die Kernkompetenz der Kammern für den Schutz der Patient*innen liegt zunächst in der **Berufsaufsicht** und damit im Wesentlichen bei der Prüfung und Umsetzung rechtlicher Schritte bei der Verletzung des Berufsrechts im Falle von Beschwerden.

Kammern verfügen über **Berufsordnungsabteilungen** oder Rechtsabteilungen beziehungsweise gegebenenfalls auch lediglich Vorstände oder Jurist*innen der Geschäftsstelle mit entsprechender Zuständigkeit für die Beschwerdebearbeitung und berufsaufsichtliche Bewertung. Diese **Abteilungen** oder Ansprechpartner*innen stellen die Beschwerdestellen für Patient*innen dar. Kammern verfügen teilweise über Berufsordnungs- und davon unabhängige **Rechtsabteilungen**, die, auch im Diskriminierungsfall, gegebenenfalls im Anschluss an eine Vorbewertung, förmliche (Disziplinar-)verfahren durchführen. Diese Verfahren können bis hin zu einer Anklage beim Berufsgericht oder zu einer Empfehlung der Entziehung der Approbation bei der Approbationsbehörde führen. In einigen Bundesländern sind die Zuständigkeiten für berufsordnungsrelevante Beschwerden von Patient*innen bei Ärztekammern nicht auf Landes-, sondern auf **Bezirks- oder Kreisebene** angesiedelt.

Obwohl bei den Kammern in erster Linie berufsrechtliche Fragen bearbeitet werden, bieten die im Rahmen der Fallstudie befragten Kammern auch **Beratungsangeboten für Patient*innen** an. Nicht alle Kammern verfügen jedoch über ein solches spezifisches Patient*innenberatungsangebot zusätzlich zu den Ansprechpartnern*innen für Patient*innen zu Berufsordnungsbeschwerden. Das **Beratungsangebot der Ärztekammern** für Patient*innen umfasst alle gesundheitsrelevanten Fragen. Patient*innen melden sich dort meist telefonisch. In etwas mehr als einem Drittel beschweren sie sich über das Gesundheitssystem, etwa über eine (nicht erhaltene) Behandlung. Die Patientenberater*innen hören zu, nehmen die Betroffenheit des Anfragenden wahr und zeigen die verschiedenen Beschwerdewege auf (Gutachterkommission bei Behandlungsfehlern, Berufsordnung bei entsprechenden Verstößen), geben Ratschläge zum Vorgehen, informieren über Beratungsmöglichkeiten im lokalen Hilfesystem des Gesundheitswesens und vermitteln teilweise auch weiter, zum Beispiel an das Beschwerdemanagement in Krankenhäusern oder zu Krankenkassen. Die Anfragenden entscheiden im Anschluss der Beratung selbst, welche der Beschwerdemöglichkeiten sie wahrnehmen möchten. Bei der für die Fallstudie befragten **Psychotherapeutenkammer** besteht ebenfalls ein Beratungsangebot, das jedoch einen anderen Schwerpunkt aufweist. **Ehrenamtliche Psychotherapeut*innen** beraten in der Regel zu Versorgungsfragen, **reflektieren gemeinsam mit den Ratsuchenden** konflikthafte Situationen und versuchen im Sinne und gemeinsam mit den Ratsuchenden Lösungsansätze zu erarbeiten (zum Beispiel: „Wo kann ich mich behandeln lassen?“ und „Wurde ich richtig behandelt?“ oder im Rahmen von Psychotherapie: „Darf meine Psychotherapeutin von mir verlangen, dass ich meinen Urlaub so lege, wie sie ihren legt?“, „Ist die Rechnung okay?“, „Der hat Dinge gesagt, die mich gekränkt haben. Muss ich das ertragen, wie gehe ich damit um?“). Diese Beratungsstellen sind bei den Psychotherapeutenkammern inzwischen etabliert, wenn sie auch nach Aussagen der für die Fallstudie befragten Psychotherapeutenkammer bei Patient*innen noch unbekannt und teilweise schwierig zur Berufsaufsicht abgrenzbar sind.

Diskriminierung bildet bei den Beratungsangeboten der Ärzte- und Psychotherapeutenkammern in der Regel keine eigene Kategorie an Anfragen beziehungsweise für eine entsprechende **Dokumentation**, sie kommt eher selten vor und wird meist Problemen der „Information und Kommunikation“ zugeordnet.

Über die Patient*innenberatungsangebote sowie die Beschwerdestellen der Berufsaufsicht hinaus gibt es bei der **Ärztammer Hessen** einen **Menschenrechtsbeauftragten**, der seit dem Jahr 2020 auch **Rassismusbeauftragter** und **Diskriminierungsbeauftragter** ist. Bei der Ärztekammer Hessen gibt es zudem seit 2013 eine Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen. Diese Positionen sind bei den Kammern deutschlandweit einzigartig.

Die **Ärztammer Hamburg** hat im Jahr 2023 eine Anlaufstelle für Beratung bei Diskriminierungserfahrungen gegründet²³, die sich jedoch ausschließlich an **Ärzt*innen** richtet. Die Anlaufstelle soll „nach den Standards der Antidiskriminierungsberatung arbeiten, das heißt, die Beratungen erfolgen vertraulich, unabhängig und sind am Ratsuchenden orientiert“ (Kieckbusch 2023). Die Anlaufstelle soll für Ärzt*innen „als Lotse fungieren [...] und Orientierung im System der Hilfe-, Beratungs- und Beschwerdeeinrichtungen“ bieten. Neben dem Beratungsangebot für Ärzt*innen hat sich die Anlaufstelle auch mit externen Einrichtungen wie der **Antidiskriminierungsberatungsstelle amira vernetzt** und will das Thema zukünftig als **Querschnittsaufgabe** für die Ärztekammer begreifen. Auch Ansprechpartner*innen von Patient*innen sollen dann

23 Ärztliche Anlaufstelle gegen Diskriminierung: <https://www.aerztekammer-hamburg.org/anlaufstellegegendiskriminierung.html>

Antidiskriminierungskompetenzen als Hintergrund der Beratungen und berufsaufsichtlichen Verfahren aufweisen. Für Ärzt*innen sollen Fortbildungen zur Prävention von Diskriminierung angeboten werden (ebenda).

Die Mitarbeiter*innen der Berufsordnungs- und Rechtsabteilungen der Kammern verfügen über umfassendes Wissen in Hinblick auf das Berufsrecht und entsprechende Verfahren und Sanktionsmöglichkeiten der Kammer bei Verstoß. Sie kennen die expliziten Diskriminierungsverbote, die in Berufsordnungen enthalten sind oder diesen vorangestellt sind. Kompetenzen der Mitarbeiter*innen der Kammern, die Patient*innen beraten oder Beschwerden von Patient*innen bearbeiten, zu Antidiskriminierung beziehungsweise zum Umgang mit Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen, sind bei den befragten Kammern durch **Berufserfahrung** gewachsen und beziehen sich auf vielfältige, mit der Berufsordnung verbundene Bearbeitungen von Konfliktsituationen von Patient*innen in der ärztlichen beziehungsweise psychotherapeutischen Versorgung. Es hat bisher überwiegend **keine spezifische Schulung zu Antidiskriminierung** stattgefunden. Antidiskriminierung ist zudem in der Regel nicht systematisch in der Institution verankert, zum Beispiel in einer ergänzenden Verweisberatung zu Betroffenenverbänden oder Antidiskriminierungsberatungsstellen. Hauptsächlich wird von den befragten Ansprechpartner*innen eine autodidaktische Kompetenzentwicklung der Personen in der Einordnung von Anfragen zu Diskriminierung, zum Beispiel durch die wiederholte rechtliche Bearbeitung von Fällen übergreifigen Verhaltens oder die eigene Migrationsgeschichte, beschrieben. Auch in Hessen gab es für den Menschenrechts-, Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragten keine systematische Schulung in Antidiskriminierung. Durch die spezifische Zuständigkeit für Diskriminierung hat sich der Beauftragte jedoch selbst umfangreiches Wissen angeeignet. Die gesammelte Erfahrung weiterzugeben sei aus seiner Sicht jedoch schwierig. Es bestehe daher die Befürchtung, dass ein passender Ersatz beziehungsweise ein Kompetenzaufbau in Antidiskriminierung nicht selbstverständlich gegeben sein wird, wenn der aktuell erfahrene Ansprechpartner aufhört. Im Zusammenhang mit der **Gründung der Anlaufstelle bei Diskriminierung** für Ärzt*innen bei der Ärztekammer Hamburg werden zukünftig auch Ansprechpartner*innen von Patient*innen in der Beratungs- und Beschwerdestelle sowie der Rechtsabteilung im Umgang mit Diskriminierung geschult werden.

Aufkommen von Anfragen / Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen

Bisher wird Diskriminierung nicht spezifisch bei den Kammern als Hintergrund von Anfragen, Beschwerden und berufrechtlichen Verfahren dokumentiert. Die befragten Kammern geben zum Aufkommen an, dass Anfragen mit Diskriminierungsbezug zwar nicht häufig, aber regelmäßig vorkommen und auch im Hintergrund vieler Anfragen Diskriminierung eine Rolle spiele. Bei den für die Fallstudie befragten Kammern ist das Aufkommen noch etwas höher als im Durchschnitt der in der Onlinebefragung erhobenen Angaben (vergleiche Kapitel 5.2.1). Zu **sexuellen Übergriffen von Ärzt*innen** kommt es bei einer der Kammern circa zwei- bis dreimal im Jahr.

Durch die Einrichtung des Amtes des Menschenrechts-, Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragten in der Ärztekammer Hessen im Jahr 2020 konnte ein **Anstieg der Anfragen zu Erfahrungen von Patient*innen mit Rassismus** beobachtet werden. Vor der Einrichtung des Amtes gab es nach Aussage des Beauftragten in 20 Jahren drei bis fünf Fälle, inzwischen in zwei Jahren etwa 40 Fälle. Dies wird als Folge der Benennung der Verantwortlichkeit bei der Kammer, jedoch auch der verstärkten Öffentlichkeitsarbeit des Rassismusbeauftragten zugeschrieben. Als Menschenrechtsbeauftragter wurde der Beauftragte überwiegend zur Unterstützung in Abschiebungssituationen hinzugezogen. Es war für den Beauftragten zum Befragungszeitpunkt der vorliegenden Fallstudie noch nicht absehbar, ob die Erweiterung in „Antidiskriminierungsbeauftragter“ im Jahr 2022 zu

einer Erhöhung von Beschwerden zu anderen geschützten Merkmalen führen wird. In der **Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen** kommen jährlich circa 30 Anfragen vor, die zu Beschwerdeverfahren führen. Durch verstärkte Öffentlichkeitsarbeit zur Gründung der Ombudsstelle kam es zu bis zu 100 Anfragen und 46 Verfahren in einem Jahr (Korte & Brosig 2022).

Kammern gehen über **Gutachterkommissionen** und damit verbundene Schlichtungsstellen auch gegen **Behandlungsfehler** vor. Diese Verfahren sind unabhängig von den Berufsordnungsverfahren. Behandlungsfehler werden von den Kammern bisher nach Auskunft der für die Fallstudie befragten Kammern nicht in Zusammenhang mit diskriminierendem Verhalten betrachtet und werden daher in der Fallstudie zu den Kammern nicht näher beleuchtet.

Anfragen zu Diskriminierungserfahrungen bei den für die Fallstudie befragten Ärztekammern betreffen das Ärzt*innen-Patient*innen-Verhältnis, aber auch das Ärzt*innen-Ärzt*innen-Verhältnis beispielsweise bei Ärzt*innen in Ausbildung das Verhältnis zur*zum Fachärzt*in. In 70 Prozent der Beschwerden ginge es jedoch um den **ambulanten Sektor**. Dass es seltener um den stationären Sektor geht, wird insbesondere darauf zurückgeführt, dass es im stationären Bereich in den Kliniken eigene Beschwerdestellen gibt. In seltenen Fällen wenden sich Patient*innen, die unzufrieden mit dem Beschwerdeprozess innerhalb der Klinik sind, anschließend an die Kammer.

Diskriminierungserfahrungen spielen nach Angabe der Kammern bei vielen Beschwerdeanfragen im Sinne einer **Herabwürdigung im Umgang** eine Rolle. Oft sei eine subjektiv wahrgenommene Diskriminierung jedoch im Ergebnis der berufsaufsichtlichen Prüfung eher aus „persönlicher Arbeitsweise der Ärzt*innen“ entstanden und habe **keine Diskriminierung** als Hintergrund. Das heißt zum Beispiel, Unfreundlichkeit oder eine geringe Bereitschaft von Ärzt*innen, sich Zeit für Patient*innen zu nehmen, sei nicht auf bestimmte Personengruppen zu beziehen. Teilweise fühlten sich zum Beispiel Menschen persönlich abgelehnt beziehungsweise diskriminiert, während Kapazitätsgründe die Ursache für das Verhalten der Ärzt*innen sein könnten. Eine solche spezifische kommunikative Konstellation sei oft erst im Rahmen der berufsaufsichtlichen Prüfung herausgearbeitet worden und könne im Austausch mit den Beteiligten zu einer Klärung der Sachlage führen. Weitere relevante Anliegen, die von Patient*innen an die Ärztekammern herangetragen und als Diskriminierungserfahrung verstanden werden, sind die Barrierefreiheit von Ärzt*innenpraxen und damit der Zugang zu Behandlungen sowie die Verweigerung der Behandlung von Menschen mit Migrationsgeschichte in Praxen niedergelassener (Zahn-)Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen aufgrund von Sprachbarrieren, wenn unklar ist, wie Dolmetscher*innen hinzugezogen werden können.

Die beschriebenen Fälle, die an die Ärztekammern herangetragen werden, zeigen für die im Rahmen der Fallstudie befragten Ansprechpartner*innen zudem auf, dass es nicht nur um Einzelfall-Problematiken geht, sondern um **strukturelle Zugangshürden** in der ambulanten ärztlichen Versorgung und dass noch „**überkommene**“, **das heißt stereotype und vorurteilsbesetzte, Einstellungen in der Ärzteschaft** bestehen, die auch außerhalb von individuellen Beschwerde- und Beratungsprozessen strukturell zu beheben seien, zum Beispiel in Projekten oder Kampagnen (vergleiche Abschnitt zum Selbstverständnis in diesem Kapitel).

Das beschriebene Diskriminierungsverständnis der Kammern zeigt jedoch eine eingeschränkte Interpretation von **Diskriminierung als rein intendiertes Diskriminierungsverhalten** auf, das heißt, dass Diskriminierung das Motiv zu Diskriminierung voraussetze. Diskriminierung schließt jedoch aus Antidiskriminierungsperspektive nicht intendierte Diskriminierung ein. Die Einschät-

zung, wie häufig es zu Diskriminierung kommt, ist entsprechend von dem Diskriminierungsverständnis abhängig. Auch nach Aussage des Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragten der Ärztekammer Hessen erweisen sich in seinen persönlichen Beratungen und in der Rücksprache mit den Beschuldigten die meisten Beschwerden zum kommunikativen Verhalten der Ärzt*innen berechtigt als Diskriminierungserfahrungen, für die dennoch im Interesse der Betroffenen jenseits des Berufsrechts Lösungen zu finden seien:

*„Neben der erstaunlich großen Zahl der Beschwerden [Anmerkung: nach der Benennung als Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragter] habe ich eine zweite wichtige Erfahrung gemacht, die sehr irritierend war. Da mir die Studienergebnisse über rechtsradikale und ausländerfeindliche Einstellungen in der Bevölkerung bekannt waren, habe ich auch in der Ärzteschaft mit einem nicht unerheblichem Anteil gerechnet. Dagegen war ich nach der Analyse der ersten Beschwerden zunächst eigentlich erleichtert und fand manches vielleicht übertrieben, zumindest aber die inkriminierte Situation nicht offensichtlich rassistisch. Mit zunehmender Erfahrung, Gesprächen mit Betroffenen und einer antirassistisch aktiven, muslimischen Kollegin sehe ich das heute ganz anders. Das, was ich anfangs noch als ‚nicht böse gemeint‘ angesehen habe, war für die Betroffenen offensichtlich sehr schmerzhaft. Und doch haben sich praktisch alle Kolleg*innen als nicht rassistisch oder ausländerfeindlich beschrieben. Hier besteht eine offensichtliche Diskrepanz.“*
(Girth 2023)

Diskriminierung wird in Beschwerdeanfragen manchmal von den Betroffenen **nicht selbst benannt**, sondern erst bei genauerem Hinsehen/Hinterfragen des Anliegens durch die Beratenden identifiziert. Das heißt, es wird zum Beispiel eine Benachteiligung beschrieben und von den Schilderungen der Betroffenen zunächst nicht mit Diskriminierung in Verbindung gesetzt. Durch eine entsprechende Beratung kann somit Diskriminierung aufgedeckt werden und allein dadurch das Aufkommen an Fällen ansteigen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass bei den Kammern bisher aufgrund fehlender entsprechender Schwerpunktsetzung kein systematisches Aufdecken von Diskriminierung erfolgt.

Bei den Anfragen mit Diskriminierungsbezug handelt es sich nach Erfahrung des Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragten der Ärztekammer Hessen oftmals um Diskriminierungserfahrungen, die sich in der Regel durch ein Gespräch und das Aussprechen einer Entschuldigung von Seiten der Beschuldigten auflösen lassen könnten und somit, auch aus Betroffenenicht, **nicht in erster Linie berufsaufsichtlich zu verfolgen sind**. Die Betroffenen wünschten sich vielmehr in der Folge der Beschwerde eine Klärung oder eine Lösungsfindung für die Fortführung der Behandlung. Beispiele für solche Konflikte, bei der Verursachende in der Regel durch diskriminierende Aussagen die Behandlungsnotwendigkeit vernachlässigen und Patient*innen persönlich angreifen, sind: Eskalation zwischen dem Ehemann einer Patientin mit Migrationsgeschichte und der Gynäkologin der Frau, die ihn nicht in das Behandlungszimmer nehmen wollte, obwohl seine Frau schlecht Deutsch sprach, oder Situationen, die von Ärzt*innen oder medizinischem Personal mit dem Ausspruch „Wir sind hier doch nicht auf dem Basar“ kommentiert wurden. Es werden Fälle beschrieben, in denen anstatt einer medizinischen Anamnese der Frage nachgegangen wurde: „Ja, wie lange sind Sie denn schon hier? Wie lang sind Sie denn in Deutschland? Warum sprechen Sie denn kein Deutsch?“ Beratungs- und Beschwerdeanfragen beim Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragten der Ärztekammer Hessen können in der Folge zu einer Beschwerdebearbeitung in der Berufsordnungsabteilung der Kammer führen, sind jedoch in der Regel als zusätzliches, unabhängiges Anfrageaufkommen einzuordnen.

In der befragten **Psychotherapeutenkammer** ist das Aufkommen von Diskriminierungsfällen gering. Es wird vermutet, dass gerade die Personenkreise, die häufig von Diskriminierung betroffen sind, generell einen erschwerten Zugang zur Therapie haben, und somit das Beratungsangebot nicht nutzen. Falls es zu einer Therapie kommt und Diskriminierungserfahrungen gemacht werden, sind das Beratungsangebot und die Beschwerdemöglichkeit der Psychotherapeutenkammer zudem eher unbekannt. Auch die Stigmatisierung der Psychotherapie wird als Grund benannt, dass es nur sehr selten zu Beschwerden kommt, das heißt, dass Personen nicht öffentlich benennen möchten, dass sie sich in therapeutischer Behandlung befinden. Anfragen mit Diskriminierungsbezug kommen dennoch vor. Ein Beispiel von Diskriminierung aufgrund des sozialen Status in der Psychotherapie, das an die Psychotherapeutenkammer herangetragen wurde, bezog sich auf den Beamtenstatus einer Patientin und die damit verbundenen Privilegien. Häufiger kommt es jedoch vor, dass sich Therapeut*innen über den sozialen Status der Patient*innen erheben. Ein Beispiel für eine Diskriminierung in der Psychotherapie aufgrund der sexuellen Identität, die auch berufsrechtlich behandelt wurde, ist der Fall eines homosexuellen Mannes, der das Gefühl hatte, seine Erfahrungen, die er aufgrund seiner Sexualität oder Beziehung macht, nicht beim Therapeuten adressieren zu können. Auch Erfahrungen mit Beziehungen wollte der Therapeut generell nicht thematisieren.

Beratungs- und Beschwerdeprozess

Patient*innen werden bei den Ärztekammern in der Regel über die **Homepage** auf die Beschwerdestelle beziehungsweise entsprechende Angebote zu Beschwerden in Bezug auf die Berufsordnung für Patient*innen aufmerksam gemacht, jedoch nicht bei jeder Ärztekammer. Gegebenenfalls wird zu einem Patient*innenberatungsangebot informiert. Ebenso sind die Beratungsangebote und Beschwerdewege der Psychotherapeutenkammern auf den Homepages zu finden.

In der Regel gelangen Beschwerden nicht über andere Institutionen zu Ärztekammern, sondern betroffene Patient*innen wenden sich direkt telefonisch an die Patient*innenberatung der Kammer oder schriftlich an die Beschwerdestelle beziehungsweise Berufsaufsicht der Kammer. Anfragen zu **Verstößen gegen die Berufsordnung**, das heißt auch Fälle von Diskriminierung, werden, falls die Betroffenen dies wünschen, von der Patient*innenberatung an die Berufsaufsicht (Berufsordnungsabteilung, Rechtsabteilung oder entsprechend zuständige Ansprechpartner*innen) für (Vor-)Ermittlungen weitergeleitet. Bei Beschwerden, die den **Klinikbereich** betreffen, wird die Ärztekammern erst tätig, wenn nach der klinikinternen Bearbeitung der Beschwerde noch berufsrechtlicher Prüfungsbedarf besteht. Dies wird dann von der Klinik an die Ärztekammer gemeldet.

Sollten Betroffene das Beratungsangebot einer Ärztekammer für eine Beschwerde nutzen, werden sie zu **Beratungsbeginn** über Beschwerdewege im Gesundheitswesen im Allgemeinen sowie den Ablauf der Beschwerdewege bei der Ärztekammer im Besonderen informiert. Je nach Anliegen der Patient*innen findet gegebenenfalls eine Verweisberatung zu Anlaufstellen der Krankenhäuser, Krankenkassen oder KVen statt. Im Falle der Zuständigkeit der Ärztekammer wird dazu beraten, ob an die Gutachterkommission zu Behandlungsfehlern oder die Berufsordnungsabteilung beziehungsweise entsprechende Ansprechpartner*innen verwiesen wird. Beratungsangebote der Psychotherapeutenkammern werden von ehrenamtlichen Psychotherapeut*innen durchgeführt und beinhalten zusätzlich zu der Beratung zu Beschwerdewegen eine individuelle Beratung zum Umgang mit den von Betroffenen benannten konfliktbehafteten Situationen. Diese Beratung kann auch anonym erfolgen.

Die **berufsrechtliche Beschwerde** muss von den Betroffenen schriftlich eingereicht werden und sollte folgende Angaben enthalten:

- Name, Vorname, Geburtsdatum und Anschrift der*des Patient*in beziehungsweise der betroffenen Person; die zusätzliche Angabe von Telefonnummer und E-Mail-Adresse erleichtert eventuelle Rückfragen,
- Name und vollständige Anschrift der Ärzt*in, über die die Beschwerde geführt wird,
- detaillierte und konkrete Schilderung des Sachverhaltes,
- Schriftverkehr und Unterlagen, die für die Beschwerde relevant sind beziehungsweise den Beschwerdesachverhalt belegen, sollten in Kopie beigefügt werden,
- unterschriebene Schweigepflichtentbindungserklärung in Bezug auf Vor- und Nachbehandler*innen, soweit erforderlich für eine Befundanforderung durch eine Ärztekammer.

Die*der Beschwerdeführer*in ist in der Folge im Rechtssinne keine*kein Beteiligte*r des Verfahrens. Die Kammer führt ein eigenes Verfahren mit seinem Kammermitglied. Sie prüft im **ersten Schritt, ob die Beschwerde eine berufsaufsichtliche Prüfung erfordert**, das heißt die Anfrage einen angenommenen Verstoß gegen die Berufsordnung beinhaltet. In dieser berufsaufsichtlichen Vorprüfung durch die Kammer erfolgt eine Kontaktaufnahme mit dem beschuldigten Kammermitglied und eine in der Regel schriftliche **Stellungnahme** wird eingefordert. Die betroffenen Patient*innen werden, falls die Bearbeitung des Verfahrens es erfordert – gegebenenfalls auch von Kammer zu Kammer unterschiedlich regelmäßig, zusätzlich zu den schriftlichen Angaben, **als Zeuge** zusätzlich **mündlich** angehört und befragt. Bei der Ärztekammer Hamburg erhält die*der Betroffene in der Regel innerhalb von vier Wochen einen Termin. Diese **Gespräche** seien nach Aussage der für die Fallstudie befragten Kammer bereits trotz neutraler Haltung der Kammer erfahrungsgemäß für die Betroffenen bereits sehr **entlastend**, da sie mit ihrer Anfrage ernst genommen würden. Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass die Kammern systematisch ein solches persönliches Gesprächsangebot im Rahmen der Vorprüfung machen. Bei **sexuellen Übergriffen von Ärzt*innen** werden bei den Ärztekammern generell wegen der Relevanz der Vorwürfe die Betroffenen schon frühzeitig im Beschwerdeverfahren gemeinsam von der Berufsordnungsabteilung und der Rechtsabteilung der Ärztekammer als Zeugen angehört.

Besteht nach **Prüfung des Sachverhalts** ein Fehlverhalten im Sinne der Berufsordnung, wird, nach Entscheidung des Vorstands, bei geringfügigen Vergehen eine Rüge an das Kammermitglied ausgesprochen oder ein Verfahren beim Berufsgericht beantragt. Die Rechtsabteilung kann dafür ergänzende Indizien sammeln oder Zeugen identifizieren. Verfahren beim Berufsgericht können mit Gerichtsurteilen enden (zum Beispiel bei erheblichen Abstinenzverstößen oder erheblicher Verletzung der Würde von Patient*innen) oder auch eingestellt werden. In besonders schweren Fällen kann auch Berufsunwürdigkeit festgestellt und empfohlen werden, die Approbation zu entziehen. Das passiert jedoch nach Einschätzung der befragten Ärztekammern sehr selten und bedarf schwerwiegender Verfehlungen und einer umfangreichen **Beweislage**, zum Beispiel Verfügbarkeit von Zeug*innen, Beweise aus einem vorangegangenen Strafverfahren oder Wiederholungstaten. Teilweise steht in den Verfahren Aussage gegen Aussage, was die Beurteilung in allen Instanzen erschwert und teilweise dazu führt, dass es nicht zu berufsrechtlichen Konsequenzen kommt. Es kann daher relevant für die Einleitung berufsrechtlicher Verfahren sein, ob zu einem Kammermitglied **wiederholt** oder einmalig Beschwerden eingereicht werden. Nach Auskunft einer der im Rahmen der Fallstudie befragten Kammern ist eine Situation, in der Aussage gegen Aussage steht, jedoch nicht zwangsläufig für Kammermitglieder ohne Folgen. Zwar kann es zu der Einschätzung kommen, dass ein berufsgerichtliches Verfahren keine Erfolgsaussichten hat. Die Kammer kann, zusätzlich zu den Rüge- und den Disziplinarverfahren,

ermahnende Schreiben oder ermahnende Gespräche in den Räumen der Kammer aufsetzen. In Einzelfällen wird den Betroffenen von Ansprechpartner*innen der Kammern empfohlen, Strafanzeige wegen unterlassener Hilfeleistung zu stellen, also zusätzliche Wege neben der Beschwerde bei der Kammer zu verfolgen.

Wenn Beschwerden bei der Geschäftsstelle der **Psychotherapeutenkammer** eingereicht werden, wird jede davon bearbeitet, die Beschwerdeführer*innen müssen für die Durchführung eines Verfahrens von der Schweigepflicht entbinden, die Kammermitglieder werden angeschrieben und müssen antworten, allerdings nicht zwingend Stellung nehmen. Eventuell sind mehrere Nachfragen oder gar eine persönliche Anhörung erforderlich. Danach bereiten die Jurist*innen der Geschäftsstelle die Beschwerde so auf, dass erkennbar wird, welche Teile der Berufsordnung verletzt sein könnten, und es folgt eine Entscheidung des Kammervorstands. Als vorgerichtliche Instanz kann die Psychotherapeutenkammer neben Rügen eine zusätzliche Geldbuße bis maximal 5.000 Euro entscheiden. Sollte ein Verstoß gegen die Berufsordnung so gravierend sein, dass dieses Verfahren als nicht ausreichend angesehen wird, wird ein Antrag an das Berufsgerecht gestellt, das Verfahren gerichtlich zu entscheiden. Dies kommt allerdings sehr selten vor, weil die berufsaufsichtliche Aufgabe der Kammern und das vorgerichtliche Verfahren eben dazu gedacht ist, Gerichtsverfahren zu vermeiden. Die „Ermittlungsmöglichkeiten“ der Psychotherapeutenkammern beschränken sich auf die Aussagen der Beteiligten. Gerichte entscheiden gegebenenfalls über eine Geldstrafe oberhalb von 5.000 Euro, hier spielen auch die Vermögensverhältnisse eine Rolle. Schwere Verstöße können auch reguläre Strafverfahren nach sich ziehen, die Vorrang haben vor den berufsaufsichtlichen Verfahren. In Strafverfahren kann neben den üblichen Strafen (Geldstrafe, Haftstrafe mit oder ohne Bewährung) auch ein Berufsverbot oder ein eingeschränktes beziehungsweise befristetes Berufsverbot ausgesprochen werden.

Der*dem Patient*in darf bei berufsaufsichtlichen Verfahren lediglich mitgeteilt werden, dass das **Verfahren abgeschlossen und ob ein Verstoß gegen die Berufsordnung festgestellt** worden ist, aber keine Details zum Ergebnis des Verfahrens genannt werden. Stellungnahmen der Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen dürfen nicht an Betroffenen übermittelt werden. Die Rückmeldung an die Betroffenen zum Abschluss des Verfahrens erfolgt zudem nicht immer standardmäßig, sondern gegebenenfalls, je nach Rechtsgrundlage der Kammer, nur auf Nachfrage der Betroffenen. Dies führt bei Betroffenen gegebenenfalls zu der Wahrnehmung, gar keine Rückmeldung zu erhalten, oder zu dem Eindruck, dass die Anfrage/Beschwerde kammerseitig ignoriert werde (vergleiche Kapitel 4). Bei Verfahren bei **den Psychotherapeutenkammern** werden Beschwerdeführer*innen dagegen immer, auch ohne Nachfrage, informiert, wenn das Verfahren abgeschlossen ist und ob ein Verstoß festgestellt wurde oder nicht. Nach Versand der Rückmeldung an die Beschwerdeführer*innen gibt es üblicherweise keine erneute Kontaktaufnahme von der Person, die sich beschwert hat. Somit gibt es wenig Rückmeldung über die Wirkung der Ergebnisschreiben der Kammern.

Bei dem Menschenrechts-, Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragten der Landesärztekammer Hessen finden **weitere Konfliktlösungswege** statt, die gegebenenfalls beide Parteien einbezieht und im Ergebnis zur Bewusstseinsfindung beider Parteien beitragen kann. Betroffenen Personen wird Gehör verschafft und Möglichkeiten zu einvernehmlichen Lösungen werden aufgezeigt. Bei Vorliegen einer Beschwerde wird auch dafür, in der Regel nach einer **Schweigepflichtsentbindung** des Beschwerdeführer*innen, zunächst schriftlich oder mündlich eine **Stellungnahme** bei den Kammermitgliedern eingefordert. Der Menschenrechts-, Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragte hält es häufig für besser, in einem **gemeinsamen Gespräch** eine Klärung, und falls angemessen, eine **Entschuldigung** zu erzielen, als berufsaufsichtliche

Verfahren anzustreben. Rechtliche oder schriftliche Verfahren seien entweder so konfrontativ, dass Entschuldigungen eher verhindert als befördert würden, oder sehr langwierig und könnten gegebenenfalls mit einem Ergebnis „Aussage gegen Aussage“ unbefriedigend für beide Seiten ausgehen. Ein ernsthaftes Gespräch und eine **gemeinsame Reflexion der Situation** könne oft mehr bewegen als eine formale Bearbeitung einer Beschwerde. Erst wenn sich die oder der Beschuldigte nicht kooperativ zeige oder die Angelegenheit bezeugt ist und eindeutig gegen die Berufsordnung verstößt, überweist der Menschenrechts-, Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragte an die Rechtsabteilung der Ärztekammer Hessen, die den Fall dem Vorstand vorlegt, der beschließen muss, ob rechtliche Ermittlungen eingeleitet werden. Andersherum kommt es auch vor, dass Anfragen von der Berufsordnungsabteilung oder der Patient*innenberatungsstelle an den Menschenrechts-, Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragten weitergeleitet werden.

Eine weitere der im Rahmen der Fallstudie befragten Ärztekammern bestätigt die Erfahrung, dass **persönliche Beratung und Gespräche** wesentlich zu einer zielführenden oder einvernehmlichen Lösung bei Diskriminierungserfahrungen beitragen können, und empfiehlt, in der Beschwerde, auch aus Betroffenenensicht, nicht nur nach den Maßnahmen beziehungsweise Beschwerdewegen zu schauen, die den „größten Effekt“ beziehungsweise die „größte Sanktion“ darstellen, sondern auch die Begleiteffekte mit zu beleuchten. Kammern sollten in diesem Sinne die Betroffenen zu Beginn des Prozesses entsprechend umfangreich beraten (vergleiche auch die Fallstudie zur UPD, Kapitel 5.3.2). **Negative Begleiteffekte** können entstehen, zum Beispiel aufgrund dafür notwendiger Schweigepflichtsentbindung, langwieriger Prozesse, Wiederholungen der diskriminierenden Erfahrung im Rahmen der Aufarbeitung mit der Gegenseite, negativer Auswirkungen der Beschwerde auf die medizinische Weiterbehandlung oder allgemein geringer Erfolgsaussichten. Betroffene wollten nach Ansicht der Kammer die Sache auch oft hinter sich lassen oder das Thema an die Kammer abgeben. **„Verstanden und ernst genommen zu werden“** sei den meisten Betroffenen am wichtigsten und gegebenenfalls auch ohne Kontaktaufnahme mit oder berufsrechtliches Verfahren gegen die beschuldigte Seite, das heißt ausschließlich durch **Gespräche mit dem Beratern**, zu erzielen. Auch (juristische oder fachliche) Mitarbeiter*innen der Geschäftsstelle einer Psychotherapeutenkammer können zunächst ausschließlich beraten, allerdings sind sie zur Eröffnung eines Verfahrens gezwungen, wenn sie von gravierenden Verstößen erfahren (zum Beispiel Verstoß gegen die Abstinenzpflicht). Im Rahmen der berufsaufsichtlichen Verfahren der Psychotherapeutenkammer können unter anderem ebenfalls prinzipiell **Gespräche zwischen Betroffenen und Beschuldigten** organisiert werden, zum Beispiel, um eine Klärung oder Entschuldigung zu erreichen. Diese Möglichkeit wird jedoch bisher sehr selten in Anspruch genommen. Es besteht die Vermutung, dass die Betroffenen in der Regel möchten, dass die Psychotherapeutenkammer sich der Thematik annimmt und sich die Betroffenen selbst dem Kontakt zum*zur Psychotherapeut*in nicht mehr aussetzen müssen. Es kann in der vorliegenden Studie jedoch nicht geklärt werden, wie häufig die Beratungen oder Beschwerdebearbeitungen bei den Kammern persönlich oder telefonisch erfolgen und wie umfangreich diese Beratung ist oder ob ausschließlich ein schriftliches Verfahren gewählt wird.

Infobox 3: Beschwerdeprozess bei den Kammern

Beschwerdeprozess (Zahn-)Ärzte- und Psychotherapeutenkammern

Beschwerde kommt an entweder bei 1. Patientenberatung oder 2. Ombudspersonen / Beauftragte für Diskriminierung (nur Ärztekammer Hessen) und/oder 3. gegebenenfalls Berufsaufsicht/Beschwerdestelle

→ Verschiedene Eskalationsstufen

1. Patient*innenberatungsangebot

- Aufklärung Beschwerdemöglichkeiten im Gesundheitswesen und bei der Kammer
- Bei Psychotherapeutenkammer zusätzlich Beratung durch ehrenamtliche Psychotherapeut*innen zur Klärung individueller Anliegen zur Psychotherapie, Information und gemeinsame Reflexion des Anliegens

2. Antidiskriminierungsberatung bei Ombudsperson

- Klärung des Anliegens und der Ziele der Betroffenen
- Einordnung der Diskriminierungserfahrung
- Gegebenenfalls Stellungnahme der Ärzt*innen
- Gegebenenfalls kommunikative Lösung im Austausch mit den Beschuldigten
- Gegebenenfalls Weiterleitung an Berufsordnungsabteilung

3. Gegebenenfalls Patient*innenbeschwerde bei der Berufsordnungsabteilung

- Berufsrechtliche Ermittlungen
- Gegebenenfalls mit mündlicher Zeugenanhörung der Betroffenen
- Gegebenenfalls Verstoß gegen die Berufsordnung
- Gegebenenfalls Rüge
- Im Extremfall Berufsgericht
- Information der Betroffenen zum Abschluss des Verfahrens, keine inhaltliche Rückmeldung zum Ergebnis des Verfahrens (zum Beispiel ermahnende Schreiben/Gespräche, Geldstrafe bis hin zum Antrag auf Prüfung der beruflichen Eignung gegebenenfalls mit der Folge des Entzugs der Approbation), aber dazu, ob ein Verstoß gegen die Berufsordnung festgestellt wurde (Information je nach Rechtsgrundlage der Kammer teilweise nur auf Nachfrage)

Je nach Art der Kammer, des Bundeslands und der Berufsgruppe können die Zuständigkeiten und Beratungsumfänge unterschiedlich organisiert sein. Mindestprozess ist die schriftliche Beschwerde zu Verstößen gegen die Berufsordnung mit den Möglichkeiten der förmlichen berufsaufsichtlichen Verfahren oder Beantragung eines berufsgerichtlichen Verfahrens.

Quelle: IGES auf Basis qualitativer Interviews

Herausforderungen

In vielen berufsrechtlichen Prüfungen und Verfahren entsteht aus Sicht der befragten Kammern eine Situation „**Aussage gegen Aussage**“. Da müsse einerseits immer die Unschuldsvermutung gelten (Folgen für die Berufsausübung, Familie et cetera müssen immer mitbedacht werden). Dies ist ein aus der Verfassung abgeleiteter Grundsatz des Strafverfahrens, der auch im Disziplinarverfahren Anwendung findet. Andererseits ist oft auch in diesen Fällen durch Befragung der Beteiligten eine Bewertung der Situation durch die bearbeitenden Personen bei den Kammern möglich, die gegebenenfalls keine rechtlichen, aber disziplinarische Konsequenzen, wie zum Beispiel Ermahnungen, erlauben. Es sei sehr wichtig, den Ratsuchenden von Beginn an sehr deutlich zu machen, welche **realistischen Konsequenzen** erzielt werden können und welche Ziele die*der Ratsuchende sinnvollerweise mit einer Beschwerde verfolgen kann. Dieser **Beratung** kommt teilweise aus Sicht der Kammern zu wenig Beachtung zu und der Handlungsdruck stehe bei manchen Bezirksärztekammern, aber auch bei Betroffenenverbänden, gegebenenfalls zu stark im Vordergrund. Für Patient*innen könne dadurch gegebenenfalls mehr Schaden als Nutzen generiert werden. Diese Haltung sowie der Hinweis auf Hürden in den Beschwerdewegen könnten jedoch gegebenenfalls von Betroffenen missinterpretiert werden als **Schonung der Beschuldigten** („Die eine Krähe ...“, „Die stecken alle unter einer Decke“), obwohl diesbezüglich ein starker **Wandel** in den Kammern stattgefunden habe, der eine differenzierte, neutral sensibilisierte Bearbeitung erlaube. Auch empfinden es die Beschwerdeführer*innen häufig als unbefriedigend, dass man ihnen, gesetzlich vorgeschrieben, nicht die konkrete berufsrechtliche Maßnahme mitteilen darf. Insgesamt stellt demnach die Kommunikation der Kammern mit den Beschwerdeführer*innen im Rahmen der berufsaufsichtlichen Prüfung eine Herausforderung dar.

Bei Diskriminierungserfahrungen, die innerhalb von **interdisziplinären Behandlungsteams** auftreten, die beispielsweise auch Pflegepersonen betreffen, ist die Kammer in ihren Maßnahmen limitiert, da Pflegepersonen nicht Mitglieder der Ärzte- oder Psychotherapeutenkammern sind. Es können daher von der Kammer nur Fälle ihrer Mitglieder verfolgt werden, auch wenn in Beschwerden pflegerisches Personal benannt wird. Berufsrechtliche Konsequenzen können sich nicht auf die gesamte Situation beziehen, in der die Diskriminierung vorgefallen ist, sondern nur auf den Beitrag der Kammermitglieder. Beim Beschwerdemanagement in Krankenhäusern gibt es diese Beschränkung nicht und auf diese Anlaufstelle werden Beschwerdeführer*innen bei stationären Fällen auch häufig von der Kammer hingewiesen.

Jenseits der Arbeit der berufsaufsichtlichen Verfahren sehen die Kammern eine große Herausforderung darin, als Kammer **antidiskriminierende Strukturen** zu schaffen hinsichtlich der Vielfalt der Themen: Barrierefreiheit und **Verfügbarkeit von Dolmetscher*innen**, zum Beispiel auch in der Psychotherapie, bis hin zur Sensibilisierung der Ärzteschaft zu diskriminierendem Verhalten und Kommunikation, die dort genauso langsam vorankäme wie in der Gesamtgesellschaft. In der Psychotherapie seien Hürden der Therapeut*innen abzubauen, beispielsweise Personen mit Beeinträchtigungen, anderer sexueller Identität oder mit Sprachbarrieren zu behandeln. Hohes Patientenaufkommen und ein hohes Arbeitspensum verleiteten laut den Kammern aktuell dazu, vor allem Fälle mit bekanntem Krankheitsbild oder mit Ähnlichkeit zur eigenen Persönlichkeit („weiß, weiblich und mit gutem sozioökonomischen Background“) aufzunehmen und sich mit der Begründung „die eigene Expertise fehle“ zufriedenzugeben. Dolmetscher*innen werden in der Psychotherapie oft nicht finanziert und auch die Finanzierung des Mehraufwandes der Therapeut*innen würde zu wenig berücksichtigt (da mehr Zeit benötigt wird). Der Zugang zu Dolmetscher*innen ist auch in der ärztlichen Versorgung allgemein schwierig. Diese Aspekte werden von den Kammern bei der Politik bereits adressiert.

Potenziale und Verbesserungsmöglichkeiten

Kammern werden überwiegend im ambulanten Bereich in der Beschwerdebearbeitung tätig. Es wird Bedarf an **Materialien beziehungsweise Richtlinien für die einzelnen Praxen niedergelassener (Zahn-)Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen** gesehen, sodass die Praxen zu Diskriminierung aufgeklärt und befähigt werden, gegen Diskriminierung vorzugehen beziehungsweise antidiskriminierende Bedingungen zu schaffen.

Patient*innen- und Betroffenenverbände zu den unterschiedlichen Diskriminierungsmerkmalen könnten den Kammern noch stärker als externes Qualitätsmanagement dienen und grundsätzliche Defizite auch **jenseits konkreter Fälle** bei den Kammern melden. Diese könnten in Projekten und in Fortbildungen für relevante Mitarbeiter*innen der Kammern aufgegriffen werden. Innerhalb der Profession sollte sich auch die Sensibilisierung für das Thema Diskriminierung weiterentwickeln, zum Beispiel durch Aufnahme in die **Ausbildungscurricula**.

Bewertung der Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen

Patient*innen haben bei den Ärzte- und Psychotherapeutenkammern die Möglichkeit, Diskriminierungserfahrungen zu melden und durch die **Berufsordnungsabteilung und gegebenenfalls die Rechtsabteilung** eine berufsaufsichtliche Untersuchung ihrer Diskriminierungserfahrung anzustoßen.

Die Verfahren sind jedoch überwiegend schriftlich, teilweise langwierig und gegebenenfalls nur auf Nachfrage und mit einer sehr **eingeschränkten Rückmeldung** an die Betroffenen verbunden, da hierfür die Rechtsgrundlage fehlt. Auch fehlt den Kammern die Rechtsgrundlage für Maßnahmen, die der Entschädigung der Betroffenen dienen, wie zum Beispiel in Verfahren nach dem AGG.

Zusätzliche **Beratungsangebote** der Ärzte- und Psychotherapeutenkammern können eine erste Reflexion der Betroffenen der erlebten Diskriminierungserfahrung ermöglichen sowie Wissen zu möglichen Beschwerdewegen vermitteln.

Die **Berufsordnungen** der (Zahn-)Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen beinhalten **eindeutige Diskriminierungsverbote** und die Berufsaufsicht stellt somit einen relevanten Diskriminierungsschutz dar. In welchem Ausmaß es der Patient*innenberatung und den Beschwerdestellen der Berufsaufsicht der Kammern jedoch gelingt, die Patient*innen dahingehend zu stärken, dass sie in **der Einordnung ihrer Diskriminierungserfahrung** unterstützt werden (bin ich diskriminiert worden oder nicht, und falls ja, was bedeutet das im Gesundheitswesen?) und Beschwerde- oder Lösungswege aufgezeigt werden, die zu einer Anerkennung der Diskriminierung oder einer diskriminierungsfreien Weiterbehandlung mit den Betroffenen erarbeitet werden können, ist unklar. Dies liegt daran, dass bei den Kammern, wie bei den Anlaufstellen der Krankenhäuser, zwar umfangreiche juristische und psychosoziale Kompetenzen bestehen, jedoch davon auszugehen ist, dass **nur vereinzelt explizite Schulungen** zu Antidiskriminierung vorliegen oder **Richtlinien** zum Umgang mit Diskriminierung in der Organisation systematisch verankert sind. Dementsprechend kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass die Patient*innenberatungsangebote der Kammern zum Beispiel eine Verweisberatung an Antidiskriminierungsberatungsstellen umfassen.

Es ist auch unklar, ob die Patient*innenberatungs- und Beschwerdeangebote von Betroffenen in Diskriminierungssituationen als Anlaufstelle überhaupt wahrgenommen und kontaktiert werden, da **spezifische Information** für Patient*innen **zu einem Angebot im Falle von Diskriminierungserfahrungen** und Dokumentation von Diskriminierungsmeldungen bisher nur beim Rassismus- und Antidiskriminierungsbeauftragten in Hessen erfolgen.

Das **Risiko von Lücken** in der Beratung bei und im Umgang mit Diskriminierungserfahrungen bei den Mitarbeiter*innen der Patient*innenberatung, der Berufsordnungsabteilungen und der Rechtsabteilung bestehen insbesondere aufgrund von zwei Aspekten: Erstens kann es sein, dass Diskriminierung von den bearbeitenden Mitarbeiter*innen **nicht erkannt** und benannt wird, wenn sie von den Beschwerdeführer*innen nicht explizit als solche benannt wird, und zweitens, dass benannte Diskriminierungserfahrungen gegebenenfalls aufgrund fehlenden Wissens **nicht als Diskriminierung eingeordnet** und bestätigt wird beziehungsweise nicht fundiert als nichtdiskriminierendes Verhalten aufgeklärt werden kann. In Bezug auf das Erkennen und die Beurteilung, ob es sich bei Diskriminierungsvorwürfen um Diskriminierung handelt oder nicht, ist vor allem fraglich, ob die Kammern, vergleichbar zu den Anlaufstellen der Krankenhäuser (vergleiche Kapitel 5.1.2), **nichtintentionales diskriminierendes Verhalten**, zum Beispiel vermeintliche allgemeine kommunikative Probleme wie generelle Unfreundlichkeit und verkürzte Erläuterungen, nicht als Diskriminierung einordnen und eher den Ressourcenengpässen im Gesundheitswesen zuordnen. In der Konsequenz eines solchen Diskriminierungsverständnisses kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Anfragen der Betroffenen gegebenenfalls nicht **hinreichend reflektiert**, nicht als Diskriminierung beurteilt und zum Beispiel **berufsrechtlich** von den Kammern als nicht relevant eingestuft oder dass in der Patient*innenberatung keine berufsaufsichtlichen Beschwerdewege empfohlen werden. Ob ein Anliegen, das in der Patient*innenberatung angesprochen wurde, von den betroffenen Patient*innen auch an die Berufsordnungsabteilung gerichtet wird, obliegt der Entscheidung der Betroffenen.

Ein entsprechender Ansatzpunkt für eine systematischere Integration von Antidiskriminierung in die Arbeit der Berufsaufsicht liegt seit Anfang 2023 in der Zusammenarbeit der Ärztekammer Hamburg mit der Antidiskriminierungsberatungsstelle amira. Bei dem **Rassismus- und Antidiskriminierungsbeauftragten der Ärztekammer Hessen** erfolgt zudem eine umfangreichere Beratung und Betreuung im Diskriminierungsfall als bei anderen Kammern, da sich der Beauftragte persönlich individuell und parteilich für die Anliegen der Patient*innen einsetzt und aus einer Antidiskriminierungsperspektive heraus berät und begleitet. Diese Beratung und Beschwerdebearbeitung ist jedoch auf Konflikte mit der Berufsgruppe der Ärzt*innen sowie das Bundesland Hessen beschränkt, anderweitige Anfragen können nur weitergeleitet werden.

Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern beraten zu Behandlungsfehlern und bearbeiten diese. Auch wenn Behandlungsfehler nicht vor dem Hintergrund einer Diskriminierungserfahrung betrachtet werden, stellen die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern relevante Anlaufstellen mit Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten dar, wenn Diskriminierungserfahrungen mit einem gesundheitlichen Schaden verbunden sind.

Fallstudie Hebammenverband (Beispiel Berufsverband)

Für die Fallstudie zum Umgang mit Diskriminierungserfahrungen der Hebammenverbände wurde ein Interview mit einer Vorsitzenden eines **Landeshebammenverbandes** geführt. Das Interview wurde ergänzt um Recherchen der Rechtsgrundlagen der Hebammenverbände verschiedener Bundesländer, zum Beispiel des Landes NRW.

Die Fallstudie zum Hebammenverband kann aufgrund vergleichbarer rechtlicher Rahmenbedingungen und Mandate **stellvertretend für die nicht verkammerten Heil- und Gesundheitsberufe** angesehen werden.

Rechtsgrundlage

Berufsverbände haben nicht die Aufsicht über die Berufsordnung, die gesundheitsbehördliche Aufsicht liegt bei den **Gesundheitsämtern**. Dies gilt auch für die Hebammenverbände, in deren inhaltlichem Interesse zwar die hochqualitative Geburt und entsprechenden Geburtsbedingungen liegen, formal jedoch die Interessen der Hebammen/Entbindungspflegern und nicht die Interessen der Schwangeren und Mütter vertreten werden können. Nach Auskunft des befragten Hebammenverbandes führt die Aufsichtspflicht der Gesundheitsämter über die Berufsordnung nicht zu einem Angebot für Beschwerden von Schwangeren und Müttern.

In der **Berufsordnung** der Hebammen/Entbindungspfleger liegt jedoch explizit ein Diskriminierungsschutz vor. Allerdings sind die Berufsordnungen in den Ländern sehr unterschiedlich. In der Berufsordnung für Hebammen/Entbindungspflegern ist dies folgendermaßen, beispielhaft für das Land NRW (HebBO NRW vom 6. Juni 2017 SGV. NRW), formuliert:

„Hebammen sind verpflichtet, ihren Beruf gewissenhaft nach dem jeweiligen Stand der medizinischen, psychologischen, soziologischen, geburtshilflichen, hebammenwissenschaftlichen und weiteren bezugswissenschaftlichen Erkenntnisse unter Berücksichtigung soziokultureller Unterschiede und der besonderen Belange von Menschen mit Behinderung und chronischen Erkrankungen auszuüben. Sie berücksichtigen die konkrete Lebenssituation, den sozialen, biographischen, kulturellen und religiösen Hintergrund, die sexuelle Orientierung sowie die Lebensphase der zu betreuenden Frauen und Familien. Sie unterstützen deren Selbstständigkeit und achten deren Recht auf Selbstbestimmung.“

Aktuell gibt es nach Kenntnisstand des befragten Hebammenverbands **keine systematische Aufnahme von Beschwerden oder Anfragen** und somit keine systematische Prüfung für den Fall, dass der in der Berufsordnung benannte Anspruch aus Sicht der Schwangeren und Mütter und deren Familien nicht erfüllt wird. Vom Verband wird vermutet, dass die Berufsaufsicht in diesem Punkt ungünstig mit dem sonstigen gesetzlichen Auftrag der Gesundheitsämter abgedeckt ist:

„Das Gesetz sagt, die sind dafür zuständig, Fortbildungsveranstaltungen zu kontrollieren, die Hygienevorschriften zu kontrollieren, aber nicht, ich glaube nicht, für Beschwerden. Also mal angenommen, ich hätte jetzt eine Patientin, die sagt: ‚Oh Gott, meine Hebamme hat schwere Hygienefehler begangen.‘ Also jetzt in der Pandemie ist es ja einfach, also zu sagen: ‚Okay, sie hat nie eine Maske getragen und ich weiß, dass sie nicht geimpft ist‘, irgendwie so etwas. Ich könnte mir vorstellen, das wäre ein Part, da könnte man das Gesundheitsamt ansprechen. Aber wenn sie sagt, es ging um psychosoziale Interaktion, die sie unter der Gürtellinie fand, dann ist das Gesundheitsamt nicht der richtige Ansprechpartner, nicht die richtige Ansprechpartnerin, weil das ist nicht deren Baustelle.“
(Interview Fallstudie Hebammenverband, #00:04:00-9#)

Selbstverständnis und Verständnis von Diskriminierung

Der Hebammenverband sieht sich nicht in der Position, im Einzelfall Diskriminierungsberatung oder Beschwerdebearbeitung zu leisten, da er die Hebammen/Entbindungspfleger vertritt. Gleichwohl wird der **Bedarf**, entsprechende Anfragen zu bedienen, gesehen. Diskriminierung im Sinne des AGG wird als gegeben angesehen. Frauen nach der Geburt sind nach Ansicht des Hebammenverbandes als gesamte Gruppe **besonders vulnerabel** für Diskriminierung sowie dafür, sich nicht gegen Benachteiligung zu wehren. Diskriminierung erfolge aus Erfahrung der Verbandsvertreterin auch in Anknüpfung an das Gewicht der Schwangeren beziehungsweise Mütter, unerlaubte Interventionen oder teilweise bis hin zu nicht medizinisch indizierten Kaiserschnitten.

Kompetenzen

Aufgrund der nicht gegebenen Zuständigkeit bestehen **keine expliziten Kompetenzen** beim Verband zur Beratung im Diskriminierungsfall. Dies gilt auch für die Verweisberatung.

Bei gehäuften Fällen, die bekannt werden, könnte eine Hebamme theoretisch durch die Mitgliederversammlung aus dem Verband abgemahnt und dann ausgeschlossen werden und damit ihre Berufshaftpflichtversicherungen verlieren.

Beratungs- und Beschwerdeprozess

Der Verband verweist bei Beschwerden pauschal an die **Krankenkassen oder Beschwerdestellen der Kammer** und empfiehlt, im Internet Bewertungen zu den Hebammen/Entbindungspflegerinnen oder Geburtsstationen zu schreiben.

Im stationären Kontext wird ein Mangel an Beschwerdekompentenz/-angeboten der Krankenhäuser im Bereich der Geburtshilfe beziehungsweise für Schwangere und Mütter vermutet.

Infobox 4: Beschwerdeprozess beim Hebammenverband

Beschwerdeprozess Hebammenverband

Beschwerde kommt an

- „Offenes Ohr“
- Verweis an Krankenkassen oder Kammern
- Bei gehäuften Fällen, die bekannt werden, könnte eine Hebamme theoretisch aus dem Verband ausgeschlossen werden

Herausforderungen

Die Herausforderung für den Hebammenverband liegt darin, **kein Mandat** und keine Kapazitäten zu haben, Hebammen/Entbindungspfleger berufsrechtlich zu prüfen und somit den relevanten, unerfüllten Bedarf an Anlaufstellen für Schwangere und Mütter und deren Familien zu Diskriminierungserfahrungen im Zusammenhang mit der Geburt nicht abzudecken.

Beratungs- und Beschwerdeangebote werden in der Geburtshilfe, die per definitionem nur Frauen betrifft, insgesamt als vernachlässigt bewertet. Das gelte für Erfahrungen bei der künstlichen Befruchtung, für Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche, Schwangerschaftsvorsorgen, Geburten sowie Wochenbett und Stillzeit. Die Geburtshilfe ist von besonderen personellen Engpässen

betroffen und auch die Studienlage weist auf vielfältige Diskriminierungsrisiken hin, zum Beispiel in Form von gewaltvollen Untersuchungen, erzwungenen Kaiserschnitten und Eingriffen entgegen den Willen der Schwangeren, die bisher noch nicht quantifiziert wurden (Bartig et al. 2021).

Die Phase der Schwangerschaft und bis nach der Geburt ist nach Ansicht des Hebammenverbands für die Frauen so vulnerabel, dass nicht davon auszugehen sei, dass sich Frauen aktiv beschweren könnten. Die Frauen hätten zudem Sorge, bei weiteren Geburten aufgrund einer Beschwerde noch stärker benachteiligt zu werden. Es sei daher notwendig, hinsichtlich eines Beschwerdeangebots **aktiv auf die Frauen zuzugehen**.

Potenziale und Verbesserungsmöglichkeiten

Nach Ansicht des Verbandes sollten zu ihrer Geburt alle Frauen ein **Recht auf ein Nachgespräch** mit den die Geburt begleiteten Hebammen/Entbindungspflegern haben. Sollten sie dieses nicht führen können, während sie noch in der Klinik sind, sollte das Gespräch auch ambulant sichergestellt werden. Dieses Nachgespräch könnte zum Beispiel verankert sein in dem bestehenden verpflichtenden Qualitätsmanagement und würde der Reflexion und Evaluation in der professionellen Arbeit der Hebammen/Entbindungspfleger dienen.

Die **Beschwerdeangebote der Krankenhäuser** sollten in Bezug auf die Geburtshilfe zu einem Angebot erweitert werden, das auf die Patient*innen aktiv zugeht, um die besondere Vulnerabilität besser berücksichtigen zu können.

Bewertung der Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen

Patient*innen haben bei Diskriminierungserfahrungen mit Hebammen/Entbindungspflegern nur dann Anlaufstellen, wenn sich diese im Krankenhaus ereignen. Diese werden aber als unzureichend wahrgenommen.

In der Fallstudie der Beschwerdemanager*innen und Patient*innenfürsprecher*innen wurden keine Fälle aus der Geburtshilfe berichtet. Aus Sicht des Hebammenverbandes stellt eine Anlaufstelle, die von Schwangeren oder Müttern aktiv aufgesucht werden muss, eine sehr hohe Hürde dar, sich zu beschweren. Somit müsse es eine Art nachfragende Evaluation geben.

Im Vergleich zu den Kammern gibt es zu den nicht verkammerten Berufen zudem weder Patient*innenberatungsstellen noch Institutionen, die Patient*innenbeschwerden zu Verstößen gegen die Berufsordnung, die auch bei Hebammen/Entbindungspflegern Diskriminierung verbietet, aufnehmen. Die Berufsaufsicht der nicht verkammerten Gesundheitsberufe liegt bei den Gesundheitsämtern, die diesbezüglich jedoch keine Anlaufstellen für Patient*innen anbieten. Inwiefern berufsrechtliche Verfahren bei nicht verkammerten Gesundheitsberufen im Falle von Diskriminierung bereits erfolgt sind, ist unklar.

Wie bereits bei den Krankenhäusern und Kammern beschrieben, bedarf es bei Diskriminierung einer umfassenden professionellen Beratung, in der Diskriminierung erkannt und benannt wird und die Betroffenen zu den Möglichkeiten, diskriminierungsfreien Zugang zur Geburtshilfe zu erhalten oder Beschwerden geltend zu machen, aufgeklärt werden. Ein entsprechendes Angebot gibt es aktuell für die nicht verkammerten Berufe nur im Beschwerdemanagement der Krankenhäuser, deren Angebot diesbezüglich jedoch unsystematisch ist (vergleiche Kapitel 5.1.2).

5.2.3 Zwischenfazit Selbstverwaltung

Wie die Onlinebefragung und die Fallstudien zeigen, verfügen überwiegend die **Kammern**, und diese auch nur teilweise, über Strukturen, die die Möglichkeit für eine Bearbeitung von Patient*innenanfragen und Beschwerden bei Diskriminierungserfahrungen bieten. K(Z)Ven und Krankenkassen sind in sehr spezifischen Situationen für Pflichtverletzungen in der Gesundheitsversorgung zuständig und bearbeiten entsprechende Anfragen, bieten jedoch diesbezüglich in der Regel keine spezifischen Anlaufstellen für Patient*innen an. Kassenärztliche Vereinigungen stellen sicher, dass **Behandlungen, insbesondere Notfallbehandlungen, nicht verweigert** werden. Im Rahmen der vorliegenden Studie konnte jedoch nicht erhoben werden, ob für diese Fälle dokumentiert ist, wenn der Verweigerung der Behandlung eine Diskriminierung zugrunde liegt oder damit einhergeht.

Für nicht verkammerte Gesundheitsberufe, die außerhalb der Krankenhäuser und Rehakliniken tätig sind, fehlen Anlaufstellen für Patient*innen. Zwar geben auch bei **nicht verkammerten Heil- und Gesundheitsberufen** Berufsordnungen eine diskriminierungsfreie Berufsausübung vor, jedoch gibt es keine dahingehend systematisch ansprechbare Anlaufstelle bei den Gesundheitsämtern für Patient*innen. Beispielhaft wird dies an der Einschätzung und dem Mandat der Hebammenverbände deutlich. Weder bei den Berufsverbänden noch bei den Gesundheitsämtern, die für die Berufsaufsicht dieser Heil- und Gesundheitsberufe zuständig sind, gibt es Anlauf- und Beschwerdestellen, die die Belange von Patient*innen systematisch aufgreifen könnten. Mit Frauen nach der Geburt trifft dieser Mangel an Anlauf- und Beschwerdestellen eine besonders vulnerable Gruppe. Dies gilt ebenso für vulnerable Personen, die in besonderem Maße auf die Hilfe von Heilmittelerbringern angewiesen sind (wie beispielsweise Ältere oder eingeschränkte Personen mit Bedarf an Physiotherapie, Ergotherapie, Ernährungstherapie oder Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie). Berufsverbände sind demnach nur für ihre Mitglieder zuständig. Betroffene können sich zu diesen Berufsgruppen zwar an die Gesundheitsämter wenden, die die Berufsaufsicht für diese Berufe haben, sie haben jedoch in der Regel keine ausgewiesenen Anlauf- und Beschwerdestellen für Patient*innen (vergleiche Fallstudie Gesundheitsämter, Kapitel 5.3.2).

Während Krankenkassen überwiegend an Kammern oder die Beschwerdestellen in den Krankenhäusern oder bei den Medizinischen Diensten verweisen, verfügen **Kammern und K(Z)Ven** grundsätzlich über **Beratungs- und Beschwerdestellen** für Patient*innen, die auch eine Bearbeitung von Anfragen mit Diskriminierungsbezug ermöglichen. Bis auf wenige Ausnahmen werden Patient*innen von den Kammern jedoch **nicht informiert** beziehungsweise nicht explizit auf Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen hingewiesen und auch nicht zu den entsprechenden Rechten und den Vorgehensweisen in Bezug auf die Berufsordnungen aufgeklärt.

Krankenkassen, Kammern und K(Z)Ven berichten zudem üblicherweise von regelmäßigen, jedoch **seltenen Beschwerden** zu Diskriminierungserfahrungen. Studien widersprechen dabei der Ansicht einiger der in der Onlinebefragung von den Institutionen geäußerten Annahmen, dass es tatsächlich wenige Patient*innen gibt, die von Diskriminierungserfahrungen betroffen sind. Vielmehr ist davon auszugehen, dass die vorhandenen Strukturen den Patient*innen nicht ersichtlich beziehungsweise zugänglich sind beziehungsweise weitere Hürden bestehen, sich bei Diskriminierungserfahrungen zu beschweren oder um Rat zu fragen. So scheint es plausibel, dass den Patient*innen die generelle Möglichkeit zur Beschwerde bei den Institutionen der Selbstverwaltung nicht bekannt ist oder dass Beschwerden nicht bei den dafür vorgesehenen Stellen ankommen. Dies wird bestätigt durch die Aussagen der Kammern, dass sie nicht über ihre Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten im Falle von Diskriminierung informieren. Das Interview

mit dem Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragten in der Fallstudie zu den Ärztekammern weist darauf hin, dass die explizite Information zu einem Angebot bei Diskriminierungserfahrungen zu einer **deutlich erhöhten Inanspruchnahme** führt.

Zentraler Ansatzpunkt für den Diskriminierungsschutz **der Patient*innen** im Gesundheitswesen bildet nach Auskunft der Kammern nicht das AGG; sondern die **Berufsordnungen** der verschiedenen Heil- und Gesundheitsberufe. In den verkammerten Berufen (Ärzt*innen und Zahnärztinnen, Psychotherapeut*innen und Apotheker*innen) haben die **Kammern** diesbezügliche **berufsaufsichtliche Verfahren**, die auch für Diskriminierung relevant sind, da Diskriminierung in den Berufsordnungen dieser Gruppen implizit oder explizit als berufsunwürdiges Verhalten definiert ist beziehungsweise dort Diskriminierungsverbote formuliert sind. Die Kammern verfügen zusätzlich zu dieser Berufsaufsicht beziehungsweise diesen Berufsordnungsstellen über **Patient*innenberatungsangebote**, die Patient*innen umfassender beraten und an Beschwerdestellen von Krankenhäusern oder die Berufsaufsicht der Kammer verweisen. Psychotherapeutenkammern bieten ein besonders umfangreiches individuelles Beratungsangebot durch ehrenamtlich tätige Psychotherapeut*innen an, sodass Betroffene die Situation in ihrer Psychotherapie vertiefend reflektieren können.

Die Onlinebefragung zeigt, dass Kammern mit einem im Vergleich zu Krankenkassen und K(Z)Ven sehr umfangreichen Spektrum an Diskriminierungsmerkmalen und -formen konfrontiert sind. Wie häufig es zu berufsrechtlichen Verfahren kommt oder Beschwerdeprozesse über schriftliche Stellungnahmen und entsprechende Rückmeldungen hinausgehen, ist unklar. Die **Rechtsfolgen** eines Verstoßes der Berufsordnung durch diskriminierendes Verhalten können umfangreich und weitreichend sein und könnten bis zur Empfehlung eines Berufsverbots führen. Es ist zwar unklar, inwieweit es bei Diskriminierung tatsächlich zu diesen Folgen kommt. Durch die vielfältigen Möglichkeiten von Rügen über ermahnende Gespräche und Schreiben sowie Fortbildungsaufgaben kann die Kammer insgesamt differenziert gegen Berufsordnungsverstöße, zu denen auch Diskriminierung zählt, vorgehen. Die Einschätzung der Betroffenenverbände, dass Beschwerden keine Wirkung entfalten könnten, liegen vor allem in der bisherigen Intransparenz der Verfahren (vergleiche Kapitel 4).

Die **Ausbildung** der Personen, die berufsrechtliche Prozesse bei ärztlichem Fehlverhalten begleiten, sowie der Personen, die Patient*innen beraten und Beschwerdeprozesse moderieren, ist bisher hinsichtlich der Beratung zu und Betreuung von Anfragen mit Diskriminierungsbezug bei allen befragten Kammern **unsystematisch** und gegebenenfalls stark vom persönlichen Hintergrund der Beratenden abhängig. Insbesondere die Fähigkeit, Diskriminierung richtig zu erkennen, einzuordnen und im Beratungs- und Bearbeitungskontext zu benennen, muss daher als nicht flächendeckend vorhanden angenommen werden. Ausnahmen bilden der Rassismus- und Antidiskriminierungsbeauftragte der Ärztekammer Hessen, der sich selbst umfangreiches Wissen in Antidiskriminierung angeeignet hat, sowie die Ärztekammer Hamburg, die im Rahmen der Einrichtung einer Beratungsstelle für Ärzt*innen auch die Ansprechpartner*innen in der Patient*innenberatung und in berufsaufsichtlichen Abteilungen in Antidiskriminierung schult.

Die Ärztekammer Hessen verfügt als **einzige Kammer über spezifische Beauftragte beziehungsweise Ombudspersonen für Patient*innen** (Rassismus/Diskriminierung, Missbrauch in ärztlichen Behandlungen). Diese zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich über die Beschwerdebearbeitung im Rahmen der Berufsordnung hinaus für die Interessen der Patient*innen persönlich einsetzen, über Antidiskriminierungswissen verfügen und Beratung spezifisch zu Diskriminierung sicherstellen und durchführen (das heißt, sie klären die Anliegen der Patient*innen,

erkennen und benennen Diskriminierung, beurteilen, ob es sich bei Diskriminierungsvorwürfen um Diskriminierung handelt oder nicht, erarbeiten die Ziele und Anliegen der Betroffenen, beraten über die Handlungsoptionen und begleiten die Betroffenen bei möglichen Schritten).

Der deutlich höhere Beratungsumfang bei **spezifisch beratenden Beauftragten** („Rassismusbefragter“, „Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen“) verdeutlicht die Notwendigkeit **proaktiver, niedrighschwelliger und kommunikativer individueller Konfliktlösung**. Auch eine weitere im Rahmen der Fallstudie befragte Ansprechpartnerin einer Kammer macht deutlich, dass **persönliche Beratung und gegebenenfalls Begleitung** in Diskriminierungsfällen notwendig ist, um Betroffene vor unerwünschten Nebeneffekten von Beschwerdeprozessen zu schützen, zum Beispiel verzögerte oder geringe Rückmeldungen und Nachteile im weiteren Behandlungsverlauf, die nicht durch andere Vorteile der Beschwerde kompensiert werden. Vergleichbar weist die Studie des Deutschen Instituts für Menschenrechte (2021a, b) zur Frage, wie **Beschwerdeverfahren den Schutz pflegebedürftiger älterer Menschen** stärken können, auf die Notwendigkeit hin, im Rahmen der Beschwerdeverfahren einen persönlichen Kontakt zu ermöglichen. Ein solches Beratungsangebot liegt bei den Kammern jedoch in der Regel nur begrenzt vor, abhängig von dem Antidiskriminierungswissen der jeweiligen Ansprechpartner*innen zur Beschwerdebearbeitung in Bezug auf die Berufsordnung.

Ein darüber hinausgehendes Angebot setzt Engagement der Beratenden oder entsprechende **Richtlinien in den Kammern, Vorgaben für die Anlaufstellen und Schulungen** voraus, die durch die bisherigen Aus- und Fortbildungsangebote der Mitarbeiter*innen der Kammern in der Regel nicht systematisch gegeben sind. Der Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragte der Ärztekammer Hessen beschreibt es so:

„Und da sagte mir mal ein anderer Menschenrechtsbeauftragter vor zwei Jahren: ‚Sie werden es nicht glauben, aber ich habe noch nie irgendeine Anfrage gekriegt. Ich habe nichts zu tun.‘ Da habe ich ihm gesagt: ‚Die sind auch nicht zu mir gekommen, wenn ich im Sessel gesessen bin, ja?‘ Und habe dem erzählt, ja, dass man Pressearbeit machen muss, dass man Interviews geben muss, dass man Artikel im Ärzteblatt schreiben muss, und was auch immer und sich ein Netzwerk aufbauen. Von allein kommen die nicht, ne? Und es war so typisch, der war wenigstens ehrlich: Er hat gesagt: ‚Da hat irgendwer gesagt, das könnten Sie doch machen – ja, mache ich.‘ Aber da muss schon irgendwie auch der Wunsch da sein, ich möchte da etwas machen, möchte da etwas verändern, ja? Und die übernehmen so ein Amt und sagen: ‚Ja, wenn jemand kommt, dann mache ich etwas‘, aber wenn niemand kommt, halt nicht?“

Eine **geringe Inanspruchnahme der Anlaufstellen** im Falle von Diskriminierung verhindert somit wiederum die Sensibilisierung des Gesamtsystems, die über Sammlungen von Fallbeschreibungen gefördert werden könnte.

Durch die Möglichkeiten der berufsaufsichtlichen Prüfungen und berufsgerichtlichen Verfahren aller Kammern, negative Konsequenzen bei Verursachenden zu erwirken, sowie mit kommunikativen Lösungsansätzen des Rassismus- und Antidiskriminierungsbeauftragten der Ärztekammer Hessen, eine ernstzunehmende Auseinandersetzung mit den Beschuldigten zu erreichen und/oder eine Entschuldigung von den Beschuldigten ausgesprochen zu bekommen, spiegeln die Kammern prinzipiell die Bedürfnisse der Betroffenen (vergleiche Kapitel 4). **Grenzen** in der Bearbeitung der Anfragen liegen jedoch bei in der Regel nur unsystematisch vorhandener Kompetenz und Sensibilisierung der Verantwortlichen in Diskriminierungsfragen. Das heißt beispielsweise, dass Diskriminierungserfahrungen zuverlässig als Verstoß gegen die Berufsordnung eingestuft

werden. In Situationen, in denen „Aussage gegen Aussage“ steht und beide Parteien als zu schützen betrachtet werden (nicht diskriminiert zu werden beziehungsweise nicht dem Vorwurf der Diskriminierung ausgesetzt zu sein), kann es sein, dass Beschwerden nur vorgerichtlich bearbeitet werden können. Für diese Fälle ist es relevant, dass die Beschwerden der Betroffenen bei den Kammern zunehmen und somit gegebenenfalls mehrere Beschwerden zu einzelnen Beschuldigten vorliegen.

Schwächen des Diskriminierungsschutzes über die Berufsordnung liegen in der **fehlenden Entschädigung** der Betroffenen sowie der **Beweislast** bei den Betroffenen, die bei Verfahren nach dem AGG bei den Beschuldigten liegt. Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern beraten zu **Behandlungsfehlern** und bearbeiten diese. Auch wenn Behandlungsfehler nicht vor dem Hintergrund einer Diskriminierungserfahrung betrachtet werden, stellen die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern relevante Anlaufstellen mit Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten dar, wenn Diskriminierungserfahrungen mit einem gesundheitlichen Schaden verbunden sind. Bei groben Behandlungsfehlern kann es hier auch zu **Beweislasteilerleichterungen** für die betroffenen Patient*innen kommen.

Wie bereits von Betroffenenverbänden berichtet (vergleiche Kapitel 4), besteht aufgrund der rechtlichen Bestimmungen **kein Recht der Beschwerdeführer*innen beziehungsweise der Ratsuchenden, eine Rückmeldung zu den ergriffenen Maßnahmen der Kammern** infolge der Prüfung oder Stellungnahmen der Beschuldigten zu erhalten. Es kann nur in Erfahrung gebracht werden, teilweise nur auf Nachfrage, ob das Verfahren abgeschlossen ist und ob ein Verstoß gegen die Berufsordnung festgestellt wurde oder nicht.

Kammern setzen sich über die fallbezogene Bearbeitung von Patient*innenanfragen institutionell/strukturell fallübergreifend mit einer diskriminierungsfreien Versorgung auseinander. Schwerpunkte lagen bisher auf einem barrierefreien Zugang von Praxen niedergelassener (Zahn-) Ärzt*innen, der Notfallversorgung von Personen ohne Krankenversicherung und der Reduktion von Zugangshürden bei der Inanspruchnahme von Psychotherapie. Damit sind einige Aspekte der in der Literatur benannten Diskriminierungsrisiken (Bartig et al. 2021) angesprochen, jedoch bei weitem nicht alle. Die Kammern benennen Unterstützungsbedarf an die Antidiskriminierungsstelle des Bundes hinsichtlich der Entwicklung von Informations- und Schulungsunterlagen für die Anlaufstellen sowie Richtlinien zur Antidiskriminierung für die Institutionen der Gesundheitsversorgung (Krankenhäuser, Rehakliniken, niedergelassene (Zahn-)Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen).

5.3 Anlauf- und Beschwerdestellen übergeordneter Institutionen des Gesundheitswesens

5.3.1 Ergebnisse der Onlinebefragung

Befragte Institutionen

Aus dem Bereich der übergeordneten Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens beteiligten sich insgesamt 54 von bundesweit 376 **Gesundheitsämtern** an der Onlinebefragung, zudem fünf der 15 **Medizinischen Dienste**. In den Fallstudien werden ergänzend die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) sowie die **Patient*innenbeauftragten von Bund und Ländern** beschrieben.

In den **Gesundheitsämtern** werden Beschwerden von Patient*innen sehr unterschiedlich aufgenommen, überwiegend durch die Amtsleitung und die allgemeine Kontaktadresse, aber auch über Beratungs- oder Beschwerdestellen beziehungsweise das Beschwerdemanagement der Gesundheitsämter bearbeitet. Zwölf der 54 Gesundheitsämter machten keine Angaben dazu, wo Beschwerden von Patient*innen bearbeitet werden, und drei Gesundheitsämter gaben an, dass bei ihnen gar keine Stelle Beschwerden von Patient*innen bearbeitet. Beschwerden von Patient*innen zu Diskriminierungserfahrungen werden in den teilnehmenden Gesundheitsämtern überwiegend in den Stellen bearbeitet, die auch für allgemeine Beschwerden zuständig sind. Fünf Gesundheitsämter, die grundsätzlich angegeben hatten, Anfragen von Patient*innen anzunehmen, machten zu diesem Punkt keine Angaben und zwei gaben an, dass die Anlaufstellen in ihrem Gesundheitsamt keine Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen bearbeitet. Im Ergebnis geben **nur 29 der 54** teilnehmenden Gesundheitsämter an, prinzipiell über eine **Anlaufstelle für Patient*innen im Falle von Diskriminierung** zu verfügen. Überwiegend sind in diesen Ämtern für die Bearbeitung von Beschwerden insgesamt jeweils zwei und vier Personen zuständig. Fünf der 29 Anlaufstellen bilden dabei eine unabhängige Einheit, ansonsten sind sie an andere Abteilungen angegliedert. Bei zwölf von den 20 Gesundheitsämtern mit Aufkommen an Anfragen mit Diskriminierungsbezug verfügen Mitarbeiter*innen über einen juristischen Ausbildungshintergrund. Auch kennen 16 von ihnen das AGG. Eine formale Ausbildung oder eine gezielte Schulung von Mitarbeiter*innen, um auf Beschwerden adäquat zu reagieren, wurden hingegen lediglich bei fünf Gesundheitsämtern angegeben.

Vier der fünf **Medizinischen Dienste** geben an, dass sowohl Beschwerden oder Beratungsanfragen allgemein als auch speziell zu Diskriminierungserfahrungen durch eine Beschwerdestelle oder das Beschwerdemanagement bearbeitet werden. Bei manchen Medizinischen Diensten geschieht dies durch die Geschäftsführung, die Pressestelle oder eine Beratungsstelle. Bei allen Medizinischen Diensten ist mindestens ein Teil der Mitarbeiter*innen für die Reaktion auf Beschwerden geschult oder hat eine formale Ausbildung dafür erhalten. Über einen juristischen Ausbildungshintergrund verfügen hingegen nicht bei allen Medizinischen Diensten die Mitarbeiter*innen der Anlaufstelle. Allen Befragten ist das AGG bekannt. Zuständig für die Bearbeitung sind üblicherweise zwei bis vier Personen. Nur in einem Fall handelt es sich bei der Anlaufstelle um eine unabhängige Einheit. Alle weiteren sind an andere Organisationseinheiten angegliedert.

Aufkommen an Anfragen und Beschwerden bei Diskriminierungserfahrungen

Üblicherweise werden der Inhalt und die Bearbeitungsschritte von Beschwerden bei den **Gesundheitsämtern** dokumentiert. Nur fünf von 29 Gesundheitsämtern gaben an, die Bearbeitungsschritte nicht zu dokumentieren. Unter den Gesundheitsämtern mit Anlaufstellen gaben neun an, keine Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen zu erhalten. Die übrigen 20 Gesundheitsämter berichten von unterschiedlich häufigen Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen. So beschrieb eines diese als häufig, fünf gaben an, dass es manchmal zu Beschwerden kommt, 14 berichteten dies sei selten der Fall. Wie bei den anderen Anlaufstellen im Gesundheitswesen ist fraglich, ob dies durch seltene Fälle von Diskriminierungserfahrungen im Zuständigkeitsbereich der Ämter oder durch Zugangshemmnisse oder -hürden für Anfragen von Betroffenen zu begründen ist.

Zwölf Gesundheitsämter von 29, die angaben, generell auch für Beschwerden bei Diskriminierungserfahrungen zuständig zu sein, machten genauere Angaben zur **Anzahl an Beschwerden** zu Diskriminierungserfahrungen in den letzten Jahren. Hierbei bezifferte ein Gesundheitsamt diese auf 100 Beschwerden, ein anderes auf 60. Ein Gesundheitsamt gab an, 15 Fälle gehabt zu haben, ein anderes berichtet von zwölf Fällen. Den Anteil der Diskriminierungsfälle an allen Beschwer-

den gab das eine Amt mit 90 Prozent an, das weitere mit 40 Prozent. Das heißt, dass die Ansprechpartner*innen davon ausgehen, dass viele oder sogar der Großteil der Anfragen einen Hintergrund mit Diskriminierungsbezug haben, zum Beispiel bei psychiatrischen Erkrankungen. Alle weiteren Ämter (neun von zwölf) berichteten von **null bis fünf Fällen**, und einem Anteil an allen Anfragen von null bis zehn Prozent. Einzelne Gesundheitsämter gaben an, dass manche **Diskriminierungsmerkmale** häufig vorkommen. So berichten dies im Hinblick auf ethnische Herkunft / Migrationshintergrund / rassistische Zuschreibung und Religion / Weltanschauung drei Gesundheitsämter, im Hinblick auf Behinderung / chronische Krankheit und Alter zwei Gesundheitsämter sowie ein Gesundheitsamt im Hinblick auf Körpergewicht und den sozioökonomischen Status. Die Diskriminierungsmerkmale Geschlecht und Geschlechtsidentität wurden als nie, selten oder manchmal vorkommend benannt, wobei die häufigste Nennung „selten“ ist. Als häufig vorkommende **Diskriminierungsformen** beschrieben die Gesundheitsämter einen Großteil der abgefragten Diskriminierungsformen; verbale Übergriffe / abwertende Bemerkungen / Beleidigungen/Beschimpfungen, sprachliche Barrieren / Verständigungsschwierigkeiten und Verweigerung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen / Verweigerung einer medizinischen Leistung sowie mangelnde / qualitativ schlechtere medizinische Versorgung, Benachteiligungen bei der Terminvergabe und die Ablehnung von Anträgen / Verweigerungen der Kostenübernahme. Im Anhang sind die offenen Antworten der Gesundheitsämter zu häufigen oder typischen Fallkonstellationen dokumentiert (Anhang A1, Tabelle 5), die ein breites Spektrum umfassen. Den Hauptgrund für die seltenen Beschwerden in Bezug auf Diskriminierung sahen die meisten Anlauf- und Beschwerdestellen in der **mangelnden Kenntnis der Anlaufstelle** für die Bearbeitung von Anfragen zu Diskriminierungserfahrungen. Anders als die Befragten aus den Krankenhäusern und Rehakliniken sowie den Anlaufstellen der Selbstverwaltung teilten die teilnehmenden Gesundheitsämter seltener die Einschätzung, dass es in der Regel nicht vorkomme, dass Patient*innen Diskriminierung erleben, als Grund für das geringe Beschwerdeaufkommen.

Alle fünf **Medizinischen Dienste** gaben an, den Inhalt und die Bearbeitungsschritte der Beschwerden zu dokumentieren. Die vier Medizinischen Dienste, die Angaben zur Häufigkeit von Beschwerden zu Diskriminierung machten, beschrieben diese alle als **selten**. Lediglich ein Medizinischer Dienst bezifferte jedoch die konkrete Anzahl entsprechender Beschwerden in den letzten Jahren und berichtete hierbei im Zeitraum von 2019 bis 2021 von einem Fall. Ein weiterer Medizinischer Dienst gab an, dass der Anteil 2021 bei fünf Prozent lag. Da nur zwei von fünf Medizinischen Diensten konkrete Angaben zu den Beschwerden mit Diskriminierungsbezug machen konnten, ist zu schlussfolgern, dass die Dokumentation der Beschwerden „Diskriminierung“ nicht als Kategorie beinhaltet.

Als Gründe, weshalb es selten oder nie zu Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen komme, nannten die Medizinischen Dienste neben der Begründung, dass die Anlaufstelle für andere Themen wahrgenommen wurde (drei Medizinische Dienste), dass die Stelle den Patient*innen nicht bekannt genug sei (zwei Medizinische Dienste) und sie generell die Angebote der Anlaufstelle nicht wahrnehmen (ein Medizinischer Dienst). Einzelne geben an, dass es in der Regel nicht zu Diskriminierung kommt (zwei Medizinische Dienste). Nur zum Diskriminierungsmerkmal „ethnische Herkunft / Migrationshintergrund / rassistische Zuschreibung“ gaben die Medizinischen Dienste an, dass diese „selten“ auftreten, die übrigen gar nicht. Dies ist insbesondere daher überraschend, da die Begutachtung der Kostenübernahme bei Geschlechtsangleichungen bei den Medizinischen Diensten liegt und Beschwerden dazu bekannt sind. Gegebenenfalls werden sie nicht bei den Medizinischen Diensten, sondern an anderer Stelle, zum Beispiel den Krankenkassen, vorgebracht. Im Hinblick auf Diskriminierungsformen gaben die Medizinischen Dienste an, dass die **Verweigerung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen** beziehungsweise die Verweigerung

einer medizinischen Leistung, die Ablehnung von Anträgen beziehungsweise die Verweigerungen der Kostenübernahme sowie eine mangelnde oder qualitativ schlechtere medizinische Versorgung „manchmal“ vorkommen.

Angebote für Patient*innen bei Diskriminierungserfahrungen

Hinsichtlich der **Information** zu ihrem Angebot geben **neun von 29 Gesundheitsämtern** an, dass sie Patient*innen auf die allgemeinen Beschwerdemöglichkeiten aufmerksam machen, wobei dies durch gezieltes Ansprechen von Patient*innen, Hinweise auf Internetseiten, Plakate und Flyer und weitere Wege wie einen Beschwerdekasten geschieht. Speziell auf Beschwerdemöglichkeiten zu Diskriminierungserfahrungen weisen fünf Gesundheitsämter hin.

Von den 20 Gesundheitsämtern, die Anfragen zu Diskriminierungserfahrungen erhalten, können 18 Anlaufstellen der Ämter anhand der ihnen zur Verfügung stehenden Maßnahmen und Interventionen als **Beschwerdestelle** klassifiziert werden, nur zwei lediglich als Anlaufstelle (vergleiche Kapitel 2). Die Gesundheitsämter geben an, verschiedene Maßnahmen und Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung zu haben, um Beschwerden zu verfolgen. Sie benennen neben dem Sprechen im geschützten Raum und der Verweisberatung zu zuständigen Stellen im Gesundheitswesen besonders häufig auch die Möglichkeit zum formalen Auskunftsrecht, zur Gewährung von Akteneinsicht, zur Einbeziehung anderer Stellen/Vorgesetzter/Dritter innerhalb ihrer Institution, zur psychosozialen Beratung sowie zu schriftlichen und zu dialogischen Interventionen.

Alle **Medizinischen Dienste** machen durch Hinweise auf der Internetseite auf die Beschwerdemöglichkeiten der Anlaufstelle aufmerksam. Einer nutzt darüber hinaus außerdem Plakate und Flyer. Lediglich ein Medizinischer Dienst weist auf der Internetseite auch explizit auf Beschwerdemöglichkeiten zu Diskriminierungserfahrungen hin. Die Anlaufstellen der Medizinischen Dienste können anhand ihrer Interventionsmöglichkeiten ebenfalls als **Beschwerdestellen** gesehen werden. Die Medizinischen Dienste geben am häufigsten an, durch das Sprechen im geschützten Raum („Offenes Ohr“) (alle vier Medizinischen Dienste), jedoch im Beschwerdefall auch durch formales Auskunftsrecht, Akteneinsicht, schriftliche und dialogische Intervention und Falldokumentation auf Beschwerden (jeweils drei Medizinische Dienste) reagieren zu können. Vereinzelt werden weitere Möglichkeiten durch die Medizinischen Dienste genannt (psychosoziale Beratung, Verweisberatung an Krankenkassen, Einleitung eines formalen Beschwerdeverfahrens sowie Veranlassung von Weiterbildungen/Sensibilisierungsformaten oder fallbezogene Öffentlichkeitsarbeit).

Unterstützungsbedarfe und Verbesserungspotenziale

Die **Gesundheitsämter** benennen in Teilen, dass die Bearbeitung von Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen herausfordernder ist als bei anderen Beschwerden. Am häufigsten gaben die Ämter dies im Hinblick auf die Erfassung der Sicht der Beschuldigten und die Veranlassung von Verbesserungsmaßnahmen an. Der überwiegende Teil der teilnehmenden Gesundheitsämter mit mindestens seltenen Anfragen mit Diskriminierungsbezug hat entsprechende Unterstützungsbedarfe, insbesondere zu Informationsmaterial für Patient*innen, rechtlichen Schulungen und zu Wissen über zuständige Institutionen für eine Verweisberatung.

Zwei der vier **Medizinischen Dienste** nehmen die Bearbeitungsschritte bei Diskriminierungsbeschwerden als herausfordernder wahr als bei anderen Beschwerden. Sie benannten mehrere Unterstützungsbedarfe beziehungsweise Verbesserungspotenziale, wie beispielsweise rechtlichen und kommunikativen Schulungsbedarf.

5.3.2 Fallstudien übergeordneter Institutionen des Gesundheitswesens

In den folgenden Fallstudien wird der Umgang mit Anfragen und Beschwerden bei Diskriminierungserfahrungen in Gesundheitsämtern, Medizinischen Diensten und bei Patient*innenbeauftragten des Bundes und der Länder näher betrachtet.

Fallstudie Gesundheitsämter

Gesundheitsämter sind hinsichtlich mehrerer Aspekte für die Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten im Gesundheitswesen relevant: Gesundheitsämter haben die Berufsaufsicht für nicht verkammerte Gesundheitsberufe sowie vielfältige Aufsichtsfunktionen in der Gesundheitsversorgung, zum Beispiel die Krankenhausaufsicht. Gesundheitsämter erfüllen zudem vielfältige Leistungen der öffentlichen Gesundheitsversorgung für vulnerable, diskriminierungsgefährdete Gruppen wie zum Beispiel Personen mit HIV oder mit Behinderung sowie für Personen mit erschwertem Zugang zum Gesundheitssystem. Der Sozialpsychiatrische Dienst der Gesundheitsämter nimmt eine zentrale Vermittlerposition bei psychiatrischen Erkrankungen ein und kooperiert, länderspezifisch geregelt, gegebenenfalls auch mit Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen bei freien Trägern der freien Wohlfahrtspflege, die von den Kommunen bezuschusst gemischt finanziert werden (vergleiche Kapitel 3.4).

Im Rahmen der Fallstudie Gesundheitsämter wurden Ansprechpartner*innen von zwei Gesundheitsämtern befragt: der **Leiter des Gesundheitsamtes** NRW sowie eine **Ansprechpartnerin eines Sozialpsychiatrischen Dienstes** eines Flächenstaates. Ergänzend wurden Informationen der Internetseiten der Unabhängigen Beschwerdestelle Psychiatrie im Landkreis Fulda als Beispiel für eine kommunal bezuschusste psychiatrische Beschwerdestelle in die Fallstudie aufgenommen.

Rechtsgrundlage

Die **Gesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst der Länder** definieren grundsätzlich die Zuständigkeiten der Gesundheitsämter.

Durch das **Krankenhausgestaltungsgesetz** der Länder ist zudem die Krankenhausaufsicht durch das Bundesministerium für Gesundheit, die Landesgesundheitsministerien sowie die Gesundheitsämter geregelt. Eine weitere gesetzliche Grundlage bildet das **Bundesteilhabegesetz**, nachdem die Gesundheitsämter unter anderem für Fragen zur Eingliederungshilfe zuständig sind (im Gesamtplanverfahren in interdisziplinärer Zusammenarbeit und ohne konkrete Aufgabenverteilung mit Trägern der Eingliederungshilfe). Das Gesetz über Hilfen bei psychischen Krankheiten (PsychKHG) regelt die Einrichtung einer unabhängigen Beschwerdestelle durch das Gesundheitsamt für Personen, die Schwierigkeiten haben mit Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung (Kliniken, Ärzte, Psychotherapeuten), Wohnheimen, Betreutem Wohnen, Tagesstätten, Werkstätten für behinderte Menschen, Beratungsstellen, Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen, Pflegediensten, Sozialpsychiatrischem Dienst oder gesetzlicher Betreuung (Landkreis Fulda ohne Jahresangabe). Das Gesundheitsamt soll diese Beschwerdestelle einrichten, diese arbeitet jedoch unabhängig vom Gesundheitsamt und das Gesundheitsamt ist nicht weisungsbefugt.

Es besteht darüber hinaus **kein konkreter gesetzlicher Auftrag** der Gesundheitsämter für die Bearbeitung von Beschwerden in Zusammenhang mit **Diskriminierung**. Aus den Aufsichtspflichten ließe sich jedoch aus Sicht des Leiters des Gesundheitsamtes NRW eine Verantwortung ableiten.

Hinsichtlich der Berufsaufsicht für nicht verkammerte Berufe sind beim Gesundheitsamt NRW bisher keine Beschwerden mit Diskriminierung als Grund aufgetreten, weder durch Betroffene noch durch Berufsverbände. Bisherige Anfragen bezogen sich auf Behandlungsfehler. Zu den Beschwerdewegen in solchen Fällen kann daher in dieser Fallstudie keine Auskunft gegeben werden. Eine Zuständigkeit ist im Rahmen der Berufsaufsicht jedoch gegeben, auch wenn darüber keine Information der Bevölkerung erfolgt. Entsprechende Fachberufe des Gesundheitswesens, die einer staatlichen Anerkennung unterliegen, sind (beispielsweise, da uneinheitlich gelistet):

- Hebamme/Entbindungspfleger
- Gesundheits- und Krankenpfleger*in, Krankenpflegehelfer*in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger*in
- Altenpfleger*in, Altenpflegehelfer*in
- Ergotherapeut*in
- Logopäd*in
- Podolog*in
- Physiotherapeut*in
- Masseur*in und medizinische Bademeister*in
- Orthoptist*in
- Diätassistent*in
- Gesundheitsaufseher*in
- Desinfektor*in
- medizinische*r Dokumentar*in
- medizinisch-technische*r Assistent*in für Funktionsdiagnostik
- medizinisch-technische*r Laboratoriumsassistent*in
- medizinisch-technische*r Radiologieassistent*in
- pharmazeutisch-technische*r Assistent*in
- Rettungsassistent*in

Die Gesundheitsämter haben zudem die Berufsaufsicht für Heilpraktiker*innen (freier Beruf).

Selbstverständnis und Verständnis von Diskriminierung

Es besteht aus Sicht der befragten Gesundheitsämter im engeren Sinne kein Mandat zur Bearbeitung von Diskriminierungsfragen im Gesundheitswesen. Das Bewusstsein für eine mögliche Zuständigkeit sei bei dem Leiter des Gesundheitsamtes erst durch die Befragung und Interviewanfrage zur vorliegenden Studie entwickelt worden. Die Zuständigkeit für Diskriminierung wurde bei ihm bisher bei Fragen zur Qualität der Behandlung und damit bei den Ärztekammern und KVen gesehen. In Nordrhein-Westfalen besteht eine Zuständigkeit der Gesundheitsämter für Beschwerden im Zusammenhang mit Krankenhausbehandlungen. Diese beziehen sich meist auf Fragen, die den Behandlungsvertrag betreffen, insbesondere organisatorische Pflichten eines Krankenhauses. Um auch für den ambulanten Bereich verantwortlich zu sein, müsse es aus Sicht des Leiters des Gesundheitsamtes NRW dafür eine explizite Prüfverantwortung des Gesundheitsamtes geben, dass auch die Beachtung und Umsetzung von Diskriminierungssensibilität Pflicht einer Praxis ist, die bisher nicht besteht.

Diskriminierung wird als **strukturell vorliegendes Problem** der Benachteiligung verschiedener Personengruppen angesehen. Beschwerden in diesem Bereich könnten daher als individuelle Erfahrung eines systematischen Problems gesehen werden, sodass aus Beschwerden strukturelle Verbesserungspotenziale gewonnen werden könnten. Ein Vorteil der Gesundheitsämter im Vergleich zu anderen Einrichtungen und Institutionen des Gesundheitswesens in der Bearbeitung

von Beschwerden bei Diskriminierungserfahrung sei aus Sicht des Leiters des Gesundheitsamtes, dass es eine neutrale Position einnehmen könne. Dieses skizzierte Selbstverständnis des befragten Gesundheitsamtleiters ist jedoch **personenabhängig, das heißt seinem persönlichen Engagement zuzuordnen**, und letztlich zunächst eine theoretische Überlegung. Auch hinsichtlich der Bearbeitung von Diskriminierungsrisiken in den nicht verkammerten Gesundheitsberufen im Rahmen der Berufsaufsicht (vergleiche Kapitel 5.2.2 zu den Hebammen) wurde bisher von dem Gesundheitsamt kein Bedarf gesehen. Für den Ansprechpartner des Gesundheitsamtes waren Beschwerden immer schon Angelegenheit der Leitung und eine wichtige Aufgabe, um Einblicke in die Gesundheitsversorgung zu gewinnen, während sie für Mitarbeiter*innen nach Aussage des Leiters eher als Störungen der regelmäßigen Aufgaben wahrgenommen würden. Eine regelhafte Aufgabe des Gesundheitsamtes ist zum Beispiel die Beratung von Menschen mit Behinderung bezüglich der Orientierung im System. Beschwerden spielen hier eine nachgelagerte Rolle, es gibt keine explizite Anlaufstelle bei Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitsbereich für Patient*innen.

Der **Sozialpsychiatrische Dienst** ist ein Teilbereich der Gesundheitsämter und stellt eine Beratungs- und Koordinierungsstelle für Menschen mit psychischen Erkrankungen dar. Er berät Personen zu passenden Angeboten in der psychiatrischen Versorgung und Betreuung. Hierunter fallen zwar prinzipiell aus Sicht der befragten Ansprechpartnerin des Sozialpsychiatrischen Dienstes auch Fälle von Diskriminierung, insgesamt gab es bisher jedoch keine explizite Auseinandersetzung mit der Thematik. Ein Diskriminierungsbezug wird bisher eher **indirekt „mitbearbeitet“** in der individuellen Beratung zu psychiatrischen Versorgungsangeboten. Im Rahmen der Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes in der Psychiatriekoordination könne er jedoch auch auf Organisationen der psychiatrischen Versorgung einwirken, wenn Missstände deutlich werden, wie dies bereits von dem Leiter des Gesundheitsamtes NRW beschrieben wurde. Neben den Sozialpsychiatrischen Diensten bestehen (gegebenenfalls länderspezifisch) in allen Kommunen Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, die Anlaufstellen für Patient*innen sind und diese umfassend zu allen Fragen der psychiatrischen Versorgung beraten. Darüber hinaus sind bundesweit Ergänzende Unabhängige Teilhabe-Beratungsstellen (EUTB) eingerichtet, die sich im regionalen Hilfespektrum auskennen und auf die auch kommunal hingewiesen wird.

Kompetenzen

In den Gesundheitsämtern liegt umfassendes Wissen zum **Gesundheitssystem** und zur Gesundheitsversorgung sowie hinsichtlich der Gesundheitsversorgung besonders **vulnerabler Gruppen** vor. Die Gesundheitsämter haben zudem regelhaft Zugang und Kontakt zu vielen medizinischen Einrichtungen.

Es gibt länderspezifisch geregelte **Vorgaben**, einen **diskriminierungsarmen Zugang** zur psychiatrischen Versorgung sicherzustellen, zum Beispiel sind im PsychKHG Vorgaben zu Standards in der Unterbringung bei psychiatrisch relevanten Krisen, zur Verwendung einfacher Sprache und dem Hinzuziehen von Dolmetscher*innen im Bedarfsfall vorhanden. Diese werden in der Praxis jedoch nach Aussage des im Rahmen der Fallstudie befragten Sozialpsychiatrischen Dienstes nicht regelhaft umgesetzt und blieben bisher eher Wunschvorstellung.

Die von den Gesundheitsämtern eingerichteten **unabhängigen Beschwerdestellen zur psychiatrischen Versorgung** bieten Beschwerdemöglichkeiten für Menschen, die Schwierigkeiten haben mit Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung (Kliniken, Ärzte, Psychotherapeuten), mit Wohnheimen, Betreutem Wohnen, Tagesstätten, Werkstätten für behinderte Menschen, mit Beratungsstellen, Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstellen, Pflegediensten, Sozialpsychiatrischem Dienst oder gesetzlicher Betreuung. Sie nehmen Beschwerden entgegen, gehen ihnen

gemeinsam mit der beschwerdeführenden Person nach und wirken auf eine Klärung hin sowie weisen bei Verantwortlichen auf strukturelle Mängel hin, die aus den Beschwerden ersichtlich werden.

Aufkommen von Anfragen / Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen

Während der **Pandemie** sind vermehrt Beschwerden von Angehörigen älterer Patient*innen zu Besuchsregelungen im Krankenhaus an das Gesundheitsamt des befragten Leiters herangetragen worden. Inhalte der Beschwerden waren zum Beispiel, dass auch im Sterbeprozess keine Besuche ermöglicht wurden, Behandlungen vernachlässigt wurden oder Bettwäsche nicht gewechselt wurde. Das Gesundheitsamt wurde unter anderem deshalb kontaktiert, da die Schuld für die Situationen in den Regelungen des Gesundheitsamtes gesehen wurde.

Patient*innenbeschwerden mit Diskriminierungsbezug werden nicht als solche deklariert, der Leiter des Gesundheitsamtes stellt jedoch fest, dass überdurchschnittlich viele **ältere Menschen** deutlich längere Wartezeiten im Krankenhaus haben und weder Essen noch Trinken in dieser Zeit bekommen. Altersdiskriminierung in Krankenhäusern würde aus seiner Erfahrung oft hingenommen, da ältere Menschen sich schlechter beschweren könnten. Ganz selten kommen seiner Erfahrung nach Beschwerden zu anderen Diskriminierungsmerkmalen außer Altersdiskriminierung vor. Zu Beginn der zunehmenden Fluchtmigration 2015 musste sich zum Beispiel die Kommune einbringen, um **Sprachbarrieren** in Krankenhäusern zu minimieren; Krankenhäuser und niedergelassene Ärzt*innen hatten in dieser Situation den Standpunkt, nur die Personen zu behandeln, die sie auch verstehen. Dieser Mangel an Verständigung und das damit verbundene Diskriminierungsrisiko wurde nicht als offizielle Beschwerde an das Gesundheitsamt herangetragen, sondern wurde in den Ambulanzen für nicht krankenversicherte Personen benannt. Geflüchtete kannten die Beschwerdemöglichkeiten und die Rechte, Dolmetscher*innen hinzuzuziehen, nicht. Es wurden dann vom Gesundheitsamt Dolmetscher*innen in Krankenhäusern eingesetzt, um die Probleme zu lösen. An diesem Beispiel zeigt sich der Handlungsspielraum eines Gesundheitsamtes, der jedoch nicht definiert ist.

Auch hinsichtlich Barrierefreiheit kommt es weniger zu Beschwerden von Patient*innen, vielmehr wird das Gesundheitsamt in spezifischen als schwierig eingestuften Situationen von Einrichtungen hinzugezogen, zum Beispiel bei Krankentransporten von Patient*innen mit sehr hohem Körpergewicht. Inzwischen sind Rettungsdienste und Krankenhäuser für hohes Körpergewicht ausgestattet. Auch im Rahmen der Coronapandemie wurden der Zugang zur Gesundheitsversorgung und der Umgang mit Menschen, die aus gesundheitlichen Gründen keine Maske tragen können, **zusammen mit dem Gesundheitsamt geregelt**, da diese Personen zunächst nicht ernst genommen wurden und Probleme in der Qualitätssicherung aufgetreten waren (fehlende Einzelzimmer und höherfrequentierte Schnelltests mit entsprechender Berichterstattung an das Gesundheitsamt).

Diskriminierung beziehungsweise Diskriminierungsrisiken in **psychiatrischen Kontexten** werden auch nach Erfahrung der Ansprechpartnerin des Sozialpsychiatrischen Dienstes des Gesundheitsamtes oftmals nicht von den Betroffenen benannt, sondern **erst in Beratungen zu weiteren Themen sichtbar**, wenn Bürger*innen über Krankenhausaufenthalte berichten. Relevante Diskriminierungsmerkmale sind hier nach Auskunft der Ansprechpartnerin Geschlecht, ethnische Herkunft und Behinderung. Stationäre Einrichtungen wollten manchmal Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung nicht aufnehmen, auch wenn sie in einer akuten psychischen Ausnahmesituation sind. Dazu müsse dann länger verhandelt werden, um eine Lösung zu finden beziehungsweise ein Angebot zu schaffen. Anlass dafür war zum Beispiel eine

Person, die seit Längerem in einer Einrichtung Bewohner*in war, bei der die psychische Erkrankung mehr in den Vordergrund rückte, die Einrichtung ihre Zuständigkeit jedoch nicht darin gesehen hat, auch eine durchgängige psychiatrische Pflege sicherzustellen. In Zusammenhang mit Geschlechtsangleichungen/Transitionen nimmt der Sozialpsychiatrische Dienst ebenfalls eine psychosoziale Beraterrolle ein. Hierbei ist es jedoch bisher noch nicht zu Beschwerden oder Anfragen zu Diskriminierung in dem befragten Gesundheitsamt gekommen.

Beratungs- und Beschwerdeprozess

Bürger*innen werden **nicht aktiv darüber informiert**, in welchen Fällen eine Beschwerde oder Anfrage beim Gesundheitsamt möglich ist, mit Ausnahme der Lebensmittelsicherheit oder im Rahmen der DSGVO. Beschwerden und Anfragen erfolgen demnach nahezu ausschließlich aus Eigeninitiative der Patient*innen.

Im Falle von Beschwerden, unabhängig von Diskriminierung, **fragt das Gesundheitsamt bei den beschuldigten Einrichtungen persönlich nach**, in der Regel bei Krankenhäusern. Das Gesundheitsamt kann dann zur Problemlösung Maßnahmen und entsprechende Berichterstattung bei der betroffenen Einrichtung einfordern. Beispielsweise führten Beschwerden über inadäquate Versorgung von Älteren während der Pandemie zu einer Rüge des Krankenhauses durch das Gesundheitsamt und es wurde eine Stellungnahme gefordert, wie solche Missstände künftig ausgeräumt werden. Die Beschwerdebearbeitung erfolgt in Zusammenarbeit mit der Bezirksregierung und kann in der Hierarchie weiterverfolgt werden, zum Beispiel in NRW: Landesoberbehörde → Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales → Bezirksregierung in Nordrhein → Gesundheitsämter. Der Umfang der Zuständigkeiten dieser Institutionen für Beschwerden ist nicht näher geregelt. Beschwerden, die den ambulanten Bereich betreffen, werden von dem Gesundheitsamt an die KV weitergeleitet, da diese mit den Praxen niedergelassener (Zahn-)Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen das Vertragsverhältnis haben.

Bei Sprachbarrieren werden Beschwerden an den **Dolmetscher*innendienst** weitergeleitet. Auch Arztpraxen werden Dolmetscher*innendienste vermittelt, wenn Patient*innen sich mit Verständigungsproblemen an das Gesundheitsamt wenden. Die Kosten für die Dolmetscher*innendienste müssen je nach dem Zweck entweder von der Kommune oder der Krankenkasse übernommen werden. Beschwerden über fehlende Dolmetscher*innendienste werden in der Regel über das Sozialamt an das Gesundheitsamt vermittelt oder kommen von Einrichtungen, die das Angebot des Gesundheitsamtes bereits kennen.

Im Rahmen der **Psychiatriekoordination** wird mit Kliniken das persönliche Gespräch gesucht, wenn vermutet wird, dass eine Person Diskriminierung erfahren hat. Es werden dann jedoch weniger individuelle Beschwerdeprozesse verfolgt, sondern auf **Institutionenebene** Lösungen verhandelt:

„Und teilweise ist das so, also bei der Aufgabe der Psychiatriekoordination ist es natürlich schon so: Also wenn ich so etwas öfter höre wie: ‚Ja, ich wurde nicht aufgenommen‘, also zum Beispiel, ‚in einer akuten Krisensituation und ich glaube, es hatte einfach auch etwas mit meinem kulturellen Hintergrund zu tun‘, dann würde ich dann das natürlich schon ansprechen, also im nächsten Austausch mit der Klinik zum Beispiel, dass man doch da vielleicht noch einmal eher darauf achten muss, wie die Situation in der Notaufnahme ist. Also ob man vielleicht, wenn es Sprachbarrieren gibt, doch schneller auch den internen Pool an Pflegepersonal, das andere Sprachen sprechen kann, besser aktivieren könnte. Also das würde ich dann eher auf dieser Ebene zwischen zwei Institutionen ansiedeln, weniger im individuellen Fall.“

[Interview Sozialpsychiatrischer Dienst Gesundheitsamt, 00:17:20-0]

Bei Sprachbarrieren kann auch der Sozialpsychiatrische Dienst auf einen **Dolmetscher*innenpool** zurückgreifen. Bei Personen, die Sozialleistungen beziehen, ist die Finanzierung kein Problem, in anderen Fällen ist die Finanzierung in diesem Gesundheitsamt schwieriger als in dem anderen befragten Gesundheitsamt.

Im Diskriminierungsfall kann der Sozialpsychiatrische Dienst zudem darin unterstützen, **eine andere Klinik für die*den Patient*in zu finden**. Wenn Diskriminierung von einer Person vermutet wird, wird zudem näher erfragt, woran die Person die Diskriminierung festmacht. Eine Vermittlung an eine unabhängige psychiatrische Beschwerdestelle in der Kommune wird dann gegebenenfalls als sinnvoll gesehen und die Personen werden dorthin verwiesen. Diese **unabhängigen psychiatrischen Beschwerdestellen**, die länderspezifisch geregelt von den sozialpsychiatrischen Diensten der Gesundheitsämter auf gesetzlichen Auftrag eingerichtet wurden, zum Beispiel die Beratungsstelle im Landkreis Fulda, nimmt Beschwerden telefonisch oder schriftlich entgegen und bespricht mindestens monatlich die eingegangenen Beschwerden und das jeweilige weitere Vorgehen. Weitere Schritte werden mit den Ratsuchenden abgestimmt. Die Beratungsstelle wirkt auf eine Problemlösung hin, wenn die Ratsuchenden damit einverstanden sind. Alle Beschwerden und Anregungen werden gesammelt und als Hinweise auf Mängel in der psychiatrischen Versorgung ohne Angaben von Personendaten an die zuständigen Behörden weitergeleitet (Quelle: Landkreis Fulda ohne Jahresangabe). Es bleibt unklar, ob Diskriminierung eine eigene Kategorie der Dokumentation darstellt.

Infobox 5: Beschwerdeprozess beim Gesundheitsamt

Beschwerdeprozess Gesundheitsamt

Beschwerde kommt an beim Gesundheitsamt allgemein (1) oder beim Sozialpsychiatrischen Dienst (2)

1. Beschwerde wird als institutionelle Beschwerde zum Beispiel an das Krankenhausmanagement herangetragen
 - Organisatorischer Zuständigkeitsbereich eines Krankenhauses
 - Gemeinsame Entwicklung oder Forderung von Maßnahmen und entsprechende Berichterstattung
2. Beschwerde zu Problemen mit psychiatrischen Einrichtungen
 - a) Gespräch mit Einrichtungsmanagement (→ institutionelle Lösung)
 - b) Vermittlung an alternative psychiatrische Einrichtung oder Organisation von Dolmetscher*innendiensten (→ individuelle Lösung)
 - c) Verweis an unabhängige Beschwerdestelle für Psychiatrie

Quelle: IGES

Herausforderungen

Die **Landesgesetze**, zum Beispiel das Krankenhausgestaltungsgesetz NRW, sind nach Ansicht des Leiters des Gesundheitsamtes für den Umgang mit Diskriminierungserfahrungen nicht ausreichend konkretisiert und der Umfang der Zuständigkeiten ist nicht geklärt. Die Zuständigkeit für Diskriminierungserfahrungen werde aktuell eher bei individuellen Problemlagen verortet. Für Anliegen von Einzelpersonen sei das Gesundheitsamt eher nicht zuständig. Gesundheitsämter werden eher bei strukturellen beziehungsweise institutionellen Fragestellungen eingebunden.

Personal ist in Gesundheitsämtern zu knapp, um Überprüfungsfragen an Krankenhäuser zu stellen. Der Wunsch ist bei dem Ansprechpartner jedoch da, auch zuständig für Beschwerden bezüglich Diskriminierung im stationären und ambulanten Bereich zu sein. Personal dafür zur Verfügung zu stellen, wird jedoch ebenfalls als Herausforderung gesehen.

Aus Sicht der Ansprechpartnerin des Sozialpsychiatrischen Dienstes kann die **Einschätzung, ob tatsächlich ein Diskriminierungsfall vorliegt**, im psychiatrischen Kontext **erschwert** sein, wenn in Krisen die Wahrnehmung und Urteilsfähigkeit von Personen in Frage gestellt sind, sodass dies eine besondere Herausforderung darstellt.

Potenziale und Verbesserungsmöglichkeiten

Gesundheitsämter könnten nach Ansicht der befragten Verantwortlichen als Anlaufstellen für Diskriminierungsfragen stärker in Betracht gezogen werden. Sie könnten als neutrale Sachwalter in Gesundheitsfragen angesehen werden und zwischen den verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens vermitteln, da sie dies auch in anderen Fragestellungen tun. Dafür bräuchte es jedoch spezifische, qualifizierte Anlaufstellen für Patient*innen mit Diskriminierungserfahrungen mit einem klaren Aufgabenprofil. Dadurch, dass Beschwerden mit Diskriminierungsbezug bisher nicht als solche deklariert beziehungsweise dokumentiert werden, haben sich bisher jedoch keine Vorgaben dazu entwickelt und das Bewusstsein müsse erst dafür geschaffen werden. Doch auch für die bereits aktuell gesetzlich festgelegten Zuständigkeiten wird von den Ansprechpartner*innen erheblich mehr Öffentlichkeitsarbeit in Richtung Patient*in für notwendig erachtet, um zu verdeutlichen, dass diese sich in vielfältigen Fragestellungen an das Gesundheitsamt wenden können.

Die befragten Gesundheitsämter haben Unterstützungsbedarf hinsichtlich Informationsmaterialien zu Diskriminierung beziehungsweise zu Anlauf- und Beschwerdestelle bei Diskriminierung für Patient*innen, die im Rahmen einer Verweisberatung verwendet werden könnten. Handlungsmöglichkeiten zur Bearbeitung von Diskriminierungserfahrungen für das Personal der Gesundheitsämter werden ebenfalls gewünscht, damit Menschen, die Diskriminierung erfahren haben, angemessen beraten werden können, wenn sie sich an das Gesundheitsamt wenden. Prävention von Diskriminierung und Intervention bei Diskriminierungserfahrung könnte beispielsweise in der Ausbildung für Mitarbeiter*innen im Gesundheitsamt etabliert werden.

Bewertung der Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen

Gesundheitsämter verfügen bisher nicht über Anlaufstellen für Patient*innen, die Anfragen oder Beschwerden zu Diskriminierung im Gesundheitswesen annehmen. Gesundheitsämter nehmen lediglich Informationen, die sie von Einzelpersonen oder Organisationen erhalten, zum Anlass, um im Rahmen ihrer Aufsichtsfunktion institutionelle Veränderungen in medizinischen Einrichtungen zu fordern oder Regelungen aufzustellen. Auch im Rahmen der Berufsaufsicht für nicht verkammerte Gesundheitsberufe gibt es keine Anlaufstellen für Patient*innen bei Gesundheitsämtern. Patient*innen können sich somit nur initiativ bei der Leitung der Gesundheitsämter oder,

in psychiatrischen Kontexten, beim Sozialpsychiatrischen Dienst der Gesundheitsämter melden, um auf Probleme hinzuweisen.

Spezifische Anlaufstellen, bei denen sich die Bevölkerung über Diskriminierungserfahrungen in Kontakt mit den Gesundheitsämtern beschweren können, bestehen ebenfalls nicht. Informationsmaterialien für Patient*innen zu Kontaktmöglichkeiten bei Beschwerden, insbesondere auch zu Diskriminierungserfahrungen, stehen nicht zur Verfügung.

Für psychiatrische Patient*innen und deren Angehörige gibt es länderspezifische unabhängige kommunale Beratungsstellen in freier Trägerschaft, die nicht an die Gesundheitsämter angebunden sind. Bei diesen Beratungsstellen liegt der Fokus der Beratung auf der Information und Vermittlung zu Angeboten der lokalen psychiatrischen Versorgung. Diese Beratungsstellen sind keine Beschwerdestelle und haben kein spezifisches Angebot oder Kompetenzen im Fall von Diskriminierung.

Diskriminierungsfreie Behandlung ist Teil der Berufsordnungen der Gesundheitsberufe. Bei Diskriminierung durch Vertreter*innen der nicht verkammerten Gesundheitsberufe (zum Beispiel Heilpraktiker, Hebammen) besteht aufgrund der Berufsaufsicht der Gesundheitsämter nicht die Möglichkeit für Patient*innen, hinsichtlich der in den Berufsordnungen verbotenen Diskriminierung beim Gesundheitsamt Meldung zu machen. Diese Möglichkeit ist vermutlich kaum bekannt. Hier besteht Aufklärungsbedarf hinsichtlich einer niedrigschwellig erreichbaren Meldestelle zu entsprechenden Verstößen der Heilberufler*innen, an die sich Patient*innen wenden können.

Über die Neutralität des Gesundheitsamtes hinaus gibt es keine spezifischen Kompetenzen bei den Gesundheitsämtern, Anfragen zu Diskriminierung aufzunehmen und zu bearbeiten. Wird Diskriminierung benannt, haben Gesundheitsämter jedoch gegebenenfalls vielfältige Möglichkeiten, Maßnahmen bei den medizinischen Einrichtungen einzufordern und ein Ausbleiben von Maßnahmen auch zu sanktionieren beziehungsweise in Einzelfällen an die Bezirksregierung zu eskalieren. Es entsteht der Eindruck, dass für gesetzliche Aufgaben, die potenziell auch bei Diskriminierungserfahrungen relevante Unterstützung bedeuten könnten, in den Gesundheitsämtern bisher keine oder zu wenige Kapazitäten definiert und vorgesehen sind. Hinsichtlich der Berufsaufsicht für nicht verkammerte Gesundheitsberufe sind die Mitarbeiter*innen der Gesundheitsämter, die berufsaufsichtliche Aufgaben wahrnehmen oder Patient*innenanfragen entgegennehmen, aller Voraussicht nach nicht in Antidiskriminierung oder Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen geschult, sodass bei (zukünftigen) Anfragen und Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen nicht sichergestellt ist, dass diese adäquat eingeordnet werden können, zum Beispiel als Verletzung der Berufsordnungen.

Fallstudie Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) berät als gemeinnützige GmbH deutschlandweit unabhängig telefonisch, online und persönlich in gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen (vergleiche Kapitel 3.4). Für die Fallstudie konnte ein Experteninterview mit einer Mitarbeiterin aus dem Bereich Recht der UPD geführt werden. Zudem wurden für die Fallstudie die Inhalte der Internetseite der UPD analysiert.

Rechtsgrundlage

Die UPD wird bis zum 31. Dezember 2023 auf Grundlage des § 65b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) gefördert, der GKV-Spitzenverband darf auf den Inhalt oder den Umfang der Beratungstätigkeit jedoch keinen Einfluss nehmen. Die Förderung einer Einrichtung zur Verbraucher- und Patient*innenberatung setzt deren Nachweis über ihre **Neutralität und Unabhängigkeit** voraus. Die UPD wird durch einen **Beirat** beraten. Der Beirat tagt unter der Leitung des Patient*innenbeauftragten der Bundesregierung mindestens zweimal jährlich; ihm gehören Vertreter*innen der Wissenschaften und Patient*innenorganisationen, zwei Vertreter*innen des Bundesministeriums für Gesundheit und ein*e Vertreter*in des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz sowie ein*e Vertreter*in des Verbandes der privaten Krankenversicherung an, die sich ebenfalls finanziell an der Förderung der UPD beteiligt. Ab dem 1. Januar 2024 soll eine Stiftung gegründet werden und die Beratungstätigkeit der UPD dauerhaft ausüben.

Selbstverständnis und Verständnis von Diskriminierung

Die UPD versteht sich laut Internetseite als **umfassende Beratung** „aller Menschen zu gesundheitlichen und gesundheitsrechtlichen Fragen“. Es wird auf der Internetseite eine Vielzahl an Beratungsthemen benannt und von A bis Z gelistet, zum Beispiel Krankenkassen, Krankengeld, Operationen/Medikamente, E-Rezept, Reisemedizin oder die Arzt- oder Kliniksuche.

Diskriminierungserfahrungen sind nach Aussage der Ansprechpartnerin der UPD erfahrungsgemäß im Hintergrund von Anfragen immer wieder einmal relevant. Das Verständnis von Diskriminierung orientiert sich bei der Ansprechpartnerin an den Kategorien des AGG beziehungsweise des Genfer Gelöbnisses (vergleiche Kapitel 5.2.2). Patient*innen können sich bei Diskriminierungserfahrungen und Benachteiligung im Gesundheitswesen für eine Beratung an die UPD wenden. Diese Zuständigkeit ist jedoch auf der Internetseite oder in internen Richtlinien der UPD nicht offiziell beschrieben.

Durch die Dokumentation, Analyse und Veröffentlichung der Beratungsthemen in Form des Monitors Patientenberatung informiert die UPD darüber, wo Probleme und Herausforderungen (Problemlagen) im deutschen Gesundheitssystem aus Verbraucher- und Patientensicht bestehen und die Patientenorientierung verbesserungswürdig ist. Diskriminierung hat sich bisher nicht als eigener Dokumentations- oder Analyseschwerpunkt herauskristallisiert.

Kompetenzen

Das Beratungsangebot der UPD bei Diskriminierungserfahrungen ist in die allgemeine Beratung integriert. Alle Berater*innen werden regelmäßig in beratungsrelevanten Themen wie **Auftragsklärung, Empowerment, Kommunikation oder psychosozialer Beratung** geschult. In diesen Schulungen finden sich viele Aspekte, die auch für eine **patient*innen- und lösungsorientierte Erstberatung bei Diskriminierungserfahrung** relevant sind.

Die Beratung bei Diskriminierungserfahrungen ist nach Aussage der Ansprechpartnerin für die UPD ein „selbstverständlicher Inhalt“, und wenn in der Beratung Diskriminierungserfahrungen von den Ratsuchenden angesprochen werden, wird dies selbstverständlich auch zum Inhalt der Beratung gemacht. Hätten Berater*innen im Beratungsprozess das Gefühl, dass es implizit um Diskriminierung geht, würde zudem versucht dies aktiv herauszuarbeiten beziehungsweise bei den Ratsuchenden nachgefragt. In regelmäßig stattfindenden Austausch- und Fallbesprechungsrunden sowie der externen Supervision werden auch Beratungsanfragen mit Diskriminierungsbezug besprochen, insbesondere, wenn die Anfragen für die Berater*innen belastend waren. Es werden systematisch Kenntnisse zum AGG für Angestellte vermittelt, es findet jedoch keine explizite Schulung in Antidiskriminierung und Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen für Patient*innen statt. Zur Verweisberatung bei Diskriminierung besteht dafür eine Kooperation mit dem Beratungsreferat der Antidiskriminierungsstelle des Bundes.

Die UPD verfügt über umfangreiche Kenntnisse der Strukturen und Verantwortlichkeiten im Gesundheitswesen. Sie kann entsprechend umfassend zu den verschiedenen Möglichkeiten und Grenzen einer Beschwerde, auch mit Diskriminierungsbezug, beraten.

Die Berater*innen der UPD haben unter anderem den Auftrag, den Ratsuchenden den Zugang zum Gesundheitssystem zu erklären und ihnen dabei zu helfen, sich darin zurechtzufinden sowie die für sie relevanten Anlaufstellen zu finden. Die UPD erfüllt damit unter anderem eine **Lotsen- und Verweisfunktion** im Gesundheitssystem. Die Berater*innen vermitteln darüber hinaus fallbezogen gesundheitliches und gesundheitsrechtliches Wissen auf Grundlage neutraler und qualitätsgesicherter Quellen. Bei **Entscheidungs- und Bewältigungsprozessen** möchten sie in der Beratung Ratsuchende unterstützen, indem sie Handlungsmöglichkeiten aufzeigen, individuelle Präferenzen klären sowie notwendige Ressourcen und Kompetenzen stärken, ohne direktiv in die Handlungsautonomie der Ratsuchenden einzugreifen. Die Berater*innen arbeiten außerdem darauf hin, **Konflikte** der Ratsuchenden im Zusammenhang mit ihrer gesundheitlichen Versorgung zu antizipieren, zu vermeiden oder zu lösen.

Die UPD verfolgt einen **patient*innenorientierten Beratungsansatz**, das heißt, die Ratsuchenden stehen mit ihren Anliegen im Mittelpunkt des Beratungsgeschehens. Die Ratsuchenden werden dabei als eigenständige Personen respektiert und als gleichwertige Kommunikationspartner anerkannt. Die Beratungsziele und eingesetzten Beratungstechniken orientieren sich jeweils an den individuellen Bedürfnissen, Motiven und Ressourcen der Ratsuchenden. Der genaue Ablauf einer Beratung kann sich daher von Person zu Person und je nach Beratungsgebiet unterscheiden. Die Berater*innen versuchen in der Beratung gemeinsam mit den Ratsuchenden eine Lösung für das jeweilige Anliegen zu finden. Sie werden geschult, dabei die persönlichen Lebenszusammenhänge, die lebensweltlichen Erfahrungen und bisherigen Bewältigungsversuche der Ratsuchenden zu berücksichtigen. Um die **Ratsuchenden in ihrer jeweiligen Lebenssituation** zu unterstützen, wird die Beratung gezielt auf die Ratsuchenden und ihre individuelle Fragestellung zugeschnitten. Dies umfasst, neben einer ausführlichen Auftragsklärung, die Anpassung der Beratungsinhalte an die Bedarfe und Bedürfnisse der Ratsuchenden und Berücksichtigung ihrer individuellen Ressourcen. Darüber hinaus werden in der Beratung die **sozialen, beruflichen und gesellschaftlichen Bezugssysteme** der Ratsuchenden berücksichtigt. Dies verlangt von den Berater*innen einen reflektierten, respektvollen und möglichst vorurteilsfreien Umgang mit Vielfalt und Diversität. Daher wird das Einfühlungsvermögen in individuelle Lebenswelten und soziokulturelle Milieus sowie deren Regeln, Werte und Routinen geschult.

Die UPD legt dabei einen besonderen Fokus darauf, auch die **feldunabhängige Beratungskompetenz** der Berater*innen zu stärken. Feldunabhängige Beratungskompetenz umfasst all die Aspekte von Beratung, die nicht direkt mit dem feldspezifischen Fachwissen in einem Beratungsbereich (bei der UPD rechtliches und medizinisches Fachwissen) zu tun haben, wie zum Beispiel die grundlegende Beratungshaltung, Interaktions- und Methodenkompetenz und beratungsspezifische Selbstkompetenz sowie Beratungskompetenzen wie zum Beispiel aktives Zuhören, Fragenstellen, Auftragsklärung, Techniken der laienverständlichen Wissensvermittlung, Empowerment von Ratsuchenden oder der **Umgang mit Ratsuchenden in schwierigen emotionalen Situationen**. Dazu gehören auch Prinzipien der Ressourcenaktivierung und der Erkennung von Bedürfnissen der Ratsuchenden sowie eine kultursensible Beratung.

Durch diese Schulungsmaßnahmen sollen die Berater*innen befähigt werden, eine Beratung anzubieten, die auf die **individuellen Bedürfnisse und Wünsche** der Ratsuchenden zugeschnitten ist. Im Umgang mit Diskriminierungserfahrungen (oder generell Konflikten mit Leistungserbringern) können sich die Bedürfnisse zwischen den Ratsuchenden mitunter sehr unterscheiden – neben der Aufklärung zu den jeweiligen Beschwerdemöglichkeiten kann zum Beispiel auch Hilfe bei der Suche nach einem neuen Arzt, die Vorbereitung von Klärungsgesprächen mit dem medizinischen Personal oder einfach nur der Wunsch nach einem entlastenden Gespräch im Zentrum stehen.

Spezielle **interne Sprechstunden zu den Themen Kommunikation und Beratungskompetenz**, Einzelcoaching, Austauschrunden zum Umgang mit herausfordernden Beratungssituationen und ein offenes **externes Supervisionsangebot** unterstützen die Berater*innen teamübergreifend und unabhängig von ihrem Beratungsfeld und dienen der Selbstreflexion und individuellen Weiterentwicklung. Regelmäßige Peer-Review-Verfahren innerhalb der UPD fördern den kollegialen Austausch zur Stärkung der Beratungskompetenz.

Aufkommen von Anfragen / Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen

Anfragen zu Diskriminierungserfahrungen sind bei der UPD nicht häufig, kommen aber nach Aussage der Ansprechpartnerin **regelmäßig** vor. Da Diskriminierung nicht als Beratungsanlass dokumentiert wird, kann die Häufigkeit nicht quantifiziert werden. Anfragen mit Diskriminierungsbezug werden unter den Stichwörtern **Patient*innenrechte** oder **Behandlungspflichten** dokumentiert. Anfragen von Ratsuchenden, die berichten, dass Diskriminierung stattfindet, beziehen sich dabei nach Erfahrung der UPD in allererster Linie auf Ärzt*innenpraxen, nachgelagert auch auf Krankenhäuser.

Teilweise werde eine Diskriminierungserfahrung erst im Verlauf eines Beratungsgesprächs sichtbar, wenn nach spezifischen Kontexten von Konflikten gefragt wird.

„Nicht immer bringen die Ratsuchenden das von sich aus so ganz klar zur Sprache, dass sie sagen: ‚Ich wurde in dieser Praxis rassistisch diskriminiert.‘ Aber es werden dann eben sehr problematische Vorfälle geschildert. Und dann hören unsere Beraterinnen oder Berater zum Beispiel am Akzent oder Sprachgebrauch heraus, dass da Diskriminierung eine Rolle spielen könnte. Und dann können wir natürlich auch mal nachfragen und sagen: ‚Was glauben Sie denn, woran hat es gelegen, dass Sie hier in dieser Art und Weise behandelt wurden?‘ Dann sagen die Ratsuchenden zum Beispiel von sich: ‚Ich komme aus dem Ausland. Ich kann nicht so gut Deutsch. Ich habe den Eindruck, dass das hier der Grund ist, warum man so mit mir umgeht.‘“

[Interview UPD, #00:11:20-8#]

Weitere **Beispiele** für Diskriminierungsbezüge in der Beratungspraxis der UPD sind Angaben von Ratsuchenden zu beleidigenden oder übergreifigen Äußerungen in einer kinderärztlichen Praxis bei einer Mutter mit Migrationsgeschichte und mehreren Kindern („Jetzt ist aber mal Schluss, das ist aber jetzt Ihr letztes Kind.“), Abwertung einer Frau, die eine Abtreibung vornehmen lassen wollte, oder Diskriminierung von Trans*Personen. Diskriminierungserfahrungen in psychotherapeutischen Praxen sind in den Beratungen der UPD bisher nicht aufgetreten, ebenso Diskriminierungserfahrungen psychisch erkrankter Ratsuchender.

Beratungs- und Beschwerdeprozess

Neben dem Informationsangebot auf der Internetseite ist die UPD per Telefon, online über eine Beratungsplattform oder ein Onlineformular, über eine mobile App sowie persönlich in einem regionalen Beratungsbüro in ursprünglich 30 Städten erreichbar.²⁴ Über die verschiedenen Wege, die UPD zu kontaktieren, wird auf der Internetseite informiert.

Über die Möglichkeit, sich bei Diskriminierungserfahrung an die UPD zu wenden, wird auf der Internetseite der UPD nicht explizit informiert. Jedoch beinhalten alle persönlichen und telefonische Beratungsangebote bei geschilderten Erfahrungen mit Diskriminierung eine psychosoziale Beratung und das Angebot der individuellen Lotsenfunktion an geeignete Anlaufstellen. Die UPD versteht sich somit auch hinsichtlich Diskriminierungserfahrungen als eine **Erstanlaufstelle**. Fallspezifische **Verweisberatung** findet zu allen Beschwerdestellen des Gesundheitswesens, insbesondere der Krankenhäuser, (Zahn)Ärzttekammern, Psychotherapeutenkammern und K(Z)Ven, sowie zu der Antidiskriminierungsstelle des Bundes statt. Bei Beschwerden im ambulanten Bereich wird an die Ärztekammern des jeweiligen Bundeslandes verwiesen, bei den Krankenhausbehandlungen an das Beschwerdemanagement des Krankenhauses und an die Krankenhausaufsicht oder, falls verfügbar, an die Patient*innenfürsprecher*innen. In dem besonderen Fall der **Behandlungsverweigerung** bei gesetzlich Versicherten wird an die K(Z)Ven verwiesen. Falls in einem Notfall nicht behandelt wurde, liegt ein besonderer Verstoß gegen Berufs- und Vertragspflichten der*des (Zahn-)Ärzt*in beziehungsweise Psychotherapeut*in vor, sodass in diesem Fall empfohlen wird, sich parallel an Kammer und K(Z)V zu wenden. Zusätzlich wird zu der Möglichkeit, Strafanzeige wegen unterlassener Hilfeleistung zu stellen, informiert. In der telefonischen und schriftlichen Beratung der UPD wird empfohlen, sich **während eines Krankenhausaufenthalts**, wenn vorhanden, an die Patient*innenfürsprecher*innen zu wenden. Das Beschwerdemanagement könne auch dann noch genutzt werden, wenn die **Krankenhausbehandlung bereits abgeschlossen** ist.

Die Verweisberatung erfolgt im Wesentlichen im telefonischen **Beratungsgespräch**. Eine individuelle Betreuung der Betroffenen in der Verfolgung ihrer Interessen gegenüber den Beschuldigten, wie dies für eine neutrale Beschwerdestelle aus Sicht der Betroffenenverbände bei Diskriminierungserfahrungen als notwendig benannt wurde (zum Beispiel für das Empowerment der Betroffenen, vergleiche Kapitel 4), entspricht jedoch nicht dem gesetzlichen Auftrag der UPD, die eine reine Beratungs- und Lotsenfunktion hat.

²⁴ Aufgrund der Beendigung der Beratung zum Jahresende 2023 werden sukzessive Standorte geschlossen, eine Übernahme der Standorte durch die Stiftung ist nicht vorgesehen.

Es wird in der Verweisberatung an die Kammern und K(Z)Ven aktiv auf **Hürden im Beschwerdeprozess** hingewiesen. Die UPD macht deutlich, dass eine schriftliche Einreichung notwendig ist, mit der Beschwerde eine Aufhebung der Anonymität und Schweigepflichtsentbindung verbunden ist, in aller Regel kein Recht auf Information des Verlaufs oder des Ergebnisses der Beschwerde bestehe und bei Beschwerde die Gefahr eines Behandlungsabbruchs durch die niedergelassenen Ärzt*innen entstehe.

Die Beratung der UPD soll auch dem **Empowerment** der Patient*innen dienen. Daher wird im Diskriminierungsfall nach Auskunft der befragten Ansprechpartnerin auch an die **Antidiskriminierungsstelle des Bundes** verwiesen. Das Ziel dieser Verweisberatung besteht dann darin, dass die Ratsuchenden weitergehend zum **Diskriminierungsschutz** beraten werden können. Zudem wird hier auf die Möglichkeit verwiesen, auch durch anonyme Beschwerden bei der Antidiskriminierungsstelle des Bundes auf das Ausmaß der Diskriminierung im Gesundheitswesen hinzuweisen. Im Falle des Aufdrängens von IGeL-Leistungen werden Ratsuchende zu den Leistungsinhalten und ihrer fehlenden Notwendigkeit aufgeklärt und die Patient*innen darin bestärkt, solche Angebote nicht zu akzeptieren.

Das Beratungsangebot der UPD, auch bei Diskriminierungserfahrungen, umfasst folgende drei Schritte: Erstberatung, Empowerment und Verweisberatung. Diese Schritte differenzieren sich wie folgt:

1. Erstberatung

- Begrüßung und Kontaktaufnahme
- Herstellung einer förderlichen Beratungsatmosphäre und Beziehungsaufbau
- Emotionale Entlastung durch aktives und empathisches Zuhören
- Gemeinsames Sortieren der Problemlage
- Validierung der erlebten Situationen und Gefühle
- Halt, Sicherheit und Orientierung geben
- Klärung der Problemsituation (IST-Zustand erfassen – Was ist vorgefallen? Wo stehen Ratsuchende aktuell? In welcher Situation befindet sie*er sich?)
 - Zuhören und Fragen stellen (Informationssammlung)
 - Gedanken ordnen und strukturieren
 - Problem, Kontext und Ressourcen erfassen
 - Bestätigung einholen durch Paraphrasieren und zurückspiegeln
- Klärung der Ziele für die Beratung (Erfassung des SOLL-Zustandes)
 - Ziele, Vorstellungen, Erwartungen der Ratsuchenden für die Beratung klären (Was erwarten sich die Ratsuchenden von der Beratung? Worum soll es in der Beratung gehen? Welches Ziel verfolgen sie, zum Beispiel einfache Entlastung / Teilen der Erfahrungen, Suche nach neuer*neuem Ärzt*in, Wiederaufnahme der Behandlung, tatsächliche Beschwerde bei der zuständigen Stelle, Aufklärung über die eigenen Rechte und Möglichkeiten?)
 - Anpassung der Beratungsinhalte an die tatsächlichen und konkreten Bedarfe und Bedürfnisse der Ratsuchenden
 - Konkretisierung des Anliegens auf klare Fragestellung/Auftrag
 - Priorisierung des Anliegens – was ist momentan am wichtigsten/dringendsten?
 - Abgleich der Vorstellungen und Erwartungen der Ratsuchenden mit den Möglichkeiten und Grenzen der Beratung

2. Empowerment

- Ratsuchende loben, ermutigen, Hoffnung geben – Gefühl vermitteln, dass sie nicht allein sind mit ihren Problemen
- Aufklärung über die eigenen Rechte, Ansprüche und Einflussmöglichkeiten. Erläuterung und Hilfestellung, wie diese durchgesetzt werden können

3. Verweisberatung (je nach Ratsuchendenbedürfnis)

- Verweise an die zuständigen Beschwerdestellen und Aufklärung über den Beschwerdeprozess und mögliche damit verbundene Hindernisse
- Gemeinsame Vorbereitung kommender Arztgespräche (Was will ich dem Arzt mitteilen? Welche Fragen möchte ich stellen? Was fordere ich ein? Et cetera)
- Gemeinsame Planung nächster Handlungsschritte
- Erläuterung weitere Unterstützungsmöglichkeiten der UPD vor Ort, wenn vorhanden

Die Infobox 6 gibt einen Überblick über den möglichen Beratungsprozess der UPD.

Infobox 6: Beratungsprozess bei der Unabhängigen Patientenberatung Deutschland

Beratungsprozess UPD

Beratungsanfrage/Beschwerde kommt an. Darauf folgt:

- 1.,2. **Psychosoziale Erstberatung und Empowerment: „Offenes Ohr“, Entlastung, Unterstützung der Ratsuchenden, sich für ihre Belange/Patient*innenrechte einzusetzen.**
3. **Verweisberatung an andere Stellen des Gesundheitswesens unter Berücksichtigung der Wege, die für die Ratsuchenden in Frage kommen, und der Hürden, die gegebenenfalls damit verbunden sind.**
4. **Bei genanntem oder im Gespräch ermitteltem Diskriminierungsbezug ergänzende Verweisberatung an die Antidiskriminierungsstelle des Bundes.**

Quelle: IGES

Herausforderungen

Beschwerdewege im Gesundheitswesen werden nach Auskunft der UPD den Ratsuchenden mit allen Voraussetzungen und möglichen Folgen von Beschwerden benannt. Beschwerden bei den Kammern zu niedergelassenen (Zahn-)Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen können beispielsweise nicht anonym eingereicht werden und müssen schriftlich erfolgen. Es bestehe bei derlei Beschwerden für die Betroffenen die Gefahr, dass die **Ärzt*innenpraxen die Behandlung beenden**. Dies sei den Praxen mit der Begründung immer möglich, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Patient*in und Ärzt*in nicht mehr gegeben ist. Problematisch wird von der UPD zudem gesehen, dass bei der Verweisberatung den Ratsuchenden deutlich gemacht werden muss, dass sie bei den Beschwerdestellen der Kammern und K(Z)Ven in der Regel ohne Nachfrage keine Information über den Abschluss des Verfahrens erhalten werden (vergleiche Fallstudie Kammern Kapitel 5.2.2), das heißt, was aus ihrer Beschwerde geworden ist, und zudem keine weiteren Informationen zum Inhalt des Verfahrens erhalten werden. Es gebe zwar mittlerweile einige K(Z)Ven und Ärztekammern, die über das Ergebnis des Verfahrens auch ohne Nachfrage informieren, aber die meisten täten dies bislang nicht. Die UPD verdeutlicht den Ratsuchenden jedoch auch, dass diese Verfahrensweisen der Institutionen nicht bedeuten, dass die Beschwerde nicht bearbeitet werden. Die entsprechenden Körperschaften sind vielmehr als Behörden verpflichtet, jeder Beschwerde nachzugehen. Dennoch sei es für die Betroffenen häufig sehr unbefriedigend, nichts über das Ergebnis des Beschwerdeverfahrens zu erfahren, da die Beschwerde an sich oft viel Überwindung koste. Es stellt vor diesem Hintergrund eine Herausforderung in der Beratung der UPD dar, Ratsuchenden ihre Möglichkeiten aufzuzeigen.

Potenziale und Verbesserungsmöglichkeiten

Eine wesentliche Verbesserung in den Beschwerdeprozessen der Institutionen des Gesundheitswesens läge aus Sicht der UPD in der verpflichtenden Rückmeldung zum Ausgang der Beschwerden durch (Zahn-)Ärzte- und Psychotherapeutenkammern und K(Z)Ven.

Eine Möglichkeit, Diskriminierung in der Beratung der UPD zukünftig transparenter zu machen, wird in der Thematisierung entsprechender Beratungsfälle als Schwerpunkt der UPD im Jahresbericht an den Patient*innenbeauftragten des Bundes gesehen.

Weiterhin könnte auch aus Sicht der UPD das Thema „Diskriminierung“ auf der Internetseite prominenter platziert werden, zumindest in der Themenliste, da es im Interesse der UPD liegt, Betroffene auch im Fall von Diskriminierungserfahrungen zu unterstützen und ihr Angebot insgesamt vulnerablen Zielgruppen zugänglicher zu machen. Auch wäre ein eigenes Feld in der Dokumentation der Beratungsfälle eine Verbesserungsmöglichkeit, die von der UPD gesehen wird, um Anfragen, in denen es (auch) um Diskriminierungserfahrungen geht, statistisch zu erfassen.

Bewertung der Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen

Die UPD bietet im Fall von Diskriminierung eine psychosoziale Erstberatung sowie eine umfassende Verweisberatung/Lotsenfunktion zu Beschwerdestellen des Gesundheitswesens an und informiert über entsprechende Beschwerdewege bei Krankenhäusern, Kammern und K(Z)Ven. Bei Benennung von Diskriminierungserfahrungen der Ratsuchenden wird zudem ergänzend an die Antidiskriminierungsstelle des Bundes verwiesen.

Die UPD schätzt selbst die Möglichkeiten der Beschwerde im Gesundheitswesen hinsichtlich einer Entschädigung, Entschuldigung oder Verbesserung der Behandlungssituation realistisch ein, insbesondere im ambulanten Bereich, in dem man sich an die Kammern und K(Z)Ven wenden muss, die die Betroffenen nur sehr eingeschränkt in die Beschwerdebearbeitung einbeziehen oder dazu Rückmeldung geben. Die Verweisberatung, die die Betroffenen bei der UPD erhalten, hat die Aufgabe, den Ratsuchenden klar zu benennen, was es bedeutet, sich im Gesundheitswesen zu beschweren. Inhalt der Beratung kann daher auch die Suche nach alternativen Behandlungsmöglichkeiten sein. Die UPD kann in der Beratung zu unterschiedlichen Zielen der Betroffenen informieren: sich einerseits gegen die Diskriminierung zur Wehr zu setzen und andererseits eine Gesundheitsversorgung zu erhalten.

Die Diskriminierung wird als Anlass, sich bei der UPD zu melden, auf der Internetseite der UPD jedoch nicht explizit benannt und auch nicht als Anlass der Anfrage dokumentiert. Somit bestehen für Betroffene noch Hürden das niedrigschwellige Beratungsangebot der UPD bei Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen wahrzunehmen und in Anspruch zu nehmen.

Berater*innen der UPD werden zudem nicht systematisch zu Antidiskriminierungsberatung und Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen geschult. Es bleibt daher fraglich, ob Diskriminierung in den Anfragen immer systematisch aufgenommen beziehungsweise auch erkannt und von den Berater*innen aktiv thematisiert wird sowie ob die Berater*innen die Betroffenen fachlich dabei unterstützen können, die Diskriminierungserfahrung einzuordnen („Hat eine Diskriminierung stattgefunden?“). Dementsprechend bleibt fraglich, wie systematisch im Diskriminierungsfall ergänzend zu der Verweisberatung an die Institutionen des Gesundheitswesens auch an Antidiskriminierungsberatungsstellen verwiesen wird. Die bestehenden Kompetenzen der Beratenden zum Umgang mit konfliktbehafteten Situationen und vulnerablen Personengruppen sind systematisch um konkretes Wissen zu Antidiskriminierung zu erweitern.

Fallstudie Patient*innenbeauftragte des Bundes und der Länder

Der **Patient*innenbeauftragte des Bundes** wird für eine Wahlperiode von der Bundesregierung auf Vorschlag des Bundesgesundheitsministers berufen und vertritt auf Bundesebene in Gesetzgebungsprozessen, Öffentlichkeitsarbeit und Stellungnahmen die Belange der Patient*innen. Hinsichtlich der Patient*innenberatung verweist er an die UPD.

Die **Patient*innenbeauftragten der Länder** bieten dagegen selbst Anlaufstellen für Patient*innen an. Bisher haben die Länder **Berlin, Bayern, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen** Patient*innenbeauftragte eingerichtet. Für die Fallstudie konnte ein **Experteninterview** mit einer Landesbeauftragten geführt werden. Zudem erstellen die Landesbeauftragten aller Bundesländer in regelmäßigen Abständen **Tätigkeitsberichte**, die im Rahmen der Fallstudie analysiert wurden.

Rechtsgrundlage

Aufgabe des*der **Patient*innenbeauftragten des Bundes** ist es nach § 140h SGB V, jeweils für eine Legislaturperiode darauf hinzuwirken, dass die Belange von Patient*innen besonders hinsichtlich ihrer Rechte auf umfassende und unabhängige Beratung und objektive Information durch Leistungserbringer, Kostenträger und Behörden im Gesundheitswesen und auf die Beteiligung bei Fragen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung berücksichtigt werden.

Explizit erwähnt wird in § 140h SGB V, dass sich die beauftragte Person dafür einsetzt, dass unterschiedliche Lebensbedingungen und Bedürfnisse von Frauen und Männern beachtet und in der medizinischen Versorgung sowie in der Forschung geschlechtsspezifische Aspekte berücksichtigt werden. Darüber hinaus verlangt dieses Gesetz, dass die Rechte der Patient*innen umfassend, in allgemein verständlicher Sprache und in geeigneter Form zur Information der Bevölkerung zusammengestellt und bereitgehalten werden.

Für die **Patient*innenbeauftragten der Länder** gelten insbesondere dann gesetzliche Grundlagen, wenn sie auch **Beauftragte für Menschen mit Behinderung** sind.²⁵

Die Beauftragten der Länder koordinieren die **Patient*innenfürsprecher*innen** in den Krankenhäusern in den Bundesländern (vergleiche Kapitel 3.2 und 5.1). Dies gilt für folgende Bundesländer, in denen es Patient*innenbeauftragte gibt: Bayern, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen. In Berlin koordinieren die Bezirke die Patient*innenfürsprecher*innen, die Patient*innenbeauftragte kooperiert zusätzlich mit den Patientenfürsprecher*innen und unterstützt ihre Tätigkeit durch Informations- und Fortbildungsangebote.

Selbstverständnis und Verständnis von Diskriminierung

Die Berliner Patient*innenbeauftragte ist zuständig für alle Anfragen und Anliegen, die das Thema gesundheitliche Versorgung betreffen, bei Anfragen und Anliegen in Bezug auf die pflegerische Versorgung übernimmt sie eine koordinierende Funktion. Die Beratung und Unterstützung bei **Diskriminierungserfahrungen** im Gesundheitswesen liegt innerhalb der **Zuständigkeit** der Beauftragten der Länder, allein aufgrund des allgemein gefassten Auftrags der Patient*innenbeauftragten. Wie bei allen Anfragen, wird auch bei Beratungsanfragen mit Diskriminierungsbezug an einer **individuellen Lösung** für die Ratsuchenden gearbeitet. Die Patient*innenbeauftragten setzen sich dabei **parteilich** für die Ratsuchenden ein.

Das heißt, wenn sich bei der Patient*innenbeauftragten Bürger*innen melden, was durchaus vorkäme, und sagen: „Ich glaube, ich wurde diskriminiert in der Arztpraxis“, dann berät sie entsprechend. Sie hat kein spezielles Mandat zur Antidiskriminierungsberatung, daher hat sich die befragte Beauftragte mit der Antidiskriminierungsstelle ihres Bundeslandes ausgetauscht und eine Kooperation vereinbart. In der Praxis wird gemeinsam mit den Bürger*innen an dem konkreten Versorgungsproblem gearbeitet und ergänzend an die Antidiskriminierungsstelle des Landes verwiesen.

Kompetenzen

Die Kompetenzen der Patient*innenbeauftragten liegen in der **Gesprächsführung und Beratung**, die sie über langjährige Tätigkeiten in der **Vermittlung** zwischen Regierungsstellen und Bürger*innen erworben hat sowie über frühere Tätigkeitsschwerpunkte, in denen Kategorien sozialer Ungleichheit ebenfalls von Bedeutung waren.

²⁵ Zum Beispiel Behindertengleichstellungsgesetz Nordrhein-Westfalen – BGG NRW: § (1): Zur Wahrung der Belange der Menschen mit Behinderung gehören insbesondere folgende Aufgaben: 1. die Durchsetzung der Gleichbehandlung von Menschen mit und ohne Behinderung, 2. die Anregung von Maßnahmen, die darauf gerichtet sind, Diskriminierungen von Menschen mit Behinderung abzubauen oder deren Entstehen entgegenzuwirken.

Für die Bearbeitung von Beratungsanfragen hat sich die befragte Beauftragte ein Netzwerk an Organisationen aufgebaut, auf das sie in der Beratungsarbeit zurückgreift. Hinsichtlich der Anfragen mit Diskriminierungsbezug besteht eine **Kooperation** mit der Antidiskriminierungsberatungsstelle des Landes sowie zivilgesellschaftlichen Beratungsstellen, die auf spezifische Diskriminierungsmerkmale spezialisiert sind, zum Beispiel chronische Erkrankung und Behinderung.

Aufkommen von Anfragen / Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen

Nach Auskunft der befragten Beauftragten kommt es **regelmäßig** vor, dass Diskriminierung von Personen, die sich an sie wenden, benannt oder im Gespräch offenkundig wird. Sie geht von 30 bis 40 Fällen pro Jahr aus. Schwierig sei es aus Sicht der Beauftragten, Beratungsanfragen spezifisch als Fälle von Diskriminierung von anderen Anfragen abzugrenzen, wenn Diskriminierung nicht an spezifisch benanntes diskriminierendes Verhalten anknüpft. Ein hohes Alter, ein geringerer sozialer Status oder chronische Erkrankungen beziehungsweise Behinderungen seien bei sehr vielen anfragenden Patient*innen gegeben und könnten daher Anknüpfungspunkt für Diskriminierungsrisiken sein. Viele Ratsuchenden seien auf die ein oder andere Art benachteiligt und hätten Schwierigkeiten, sich im Gesundheitssystem zu orientieren.

In den Tätigkeitsberichten der Patient*innenbeauftragten der Länder Bayern, Berlin, Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen werden vielfältige Benachteiligungen von Patient*innen im Gesundheitswesen benannt, die zunächst nicht an ein Diskriminierungsmerkmal anknüpfen. Diese beziehen sich häufig auf als unangemessen erlebte Kommunikation, unterlassene Hilfeleistung sowie Verweigerungen von Leistungen und Kostenübernahmen. Nur in vergleichsweise frühen Tätigkeitsberichten werden zudem nur in Ausnahmefällen Benachteiligungen benannt, die an geschützte Merkmale anknüpfen, zum Beispiel eine nicht mit Angehörigen abgestimmte Verlegung einer 83-jährigen Patientin, die wenig Deutsch sprach, in ein anderes Krankenhaus trotz des täglichen Besuchs der Angehörigen (NRW 2008–2011). Weitere Beispiele sind Beschwerden zu unangemessenen Untersuchungs- und Gesprächsbedingungen bei Brustuntersuchungen von Frauen (Berlin 2014) oder Terminkomplikationen eines Patienten mit HIV (Berlin 2006–2008). Diese Beispiele fallen in den Tätigkeitsberichten nur teilweise unter das Stichwort der Diskriminierung oder eines Diskriminierungsmerkmal, sondern unter die jeweiligen Beschwerdeanlässe. Im Bericht der Berliner Patient*innenbeauftragten wird explizit auf Diskriminierungsrisiken von Trans*Personen im Gesundheitsbereich eingegangen, zum Beispiel auf die schwierige Suche nach kompetenten behandelnden Ärzt*innen und Therapeut*innen. Zudem wird die erlebte Ignoranz von Krankenhausmitarbeiter*innen und medizinischem Personal sowie von Behörden und Institutionen als Beschwerdeanlass benannt, die sich darin ausdrückt, dass trotz einer nachgewiesenen Namensänderung und Verwendung eines Ergänzungsausweises nicht akzeptiert beziehungsweise respektiert werde, dass es sich um eine trans*geschlechtliche Person handelt (Berliner Senat 2008). Während der Coronapandemie kam es in NRW vermehrt zu Anfragen, die als „Diskriminierung“ kategorisiert wurden und sich zum Beispiel auf Probleme der Maskenpflicht bei der Kommunikation über die Mimik bei Gehörlosen bezogen. Im Juni 2020 wurde anlässlich der Coronapandemie bei der Patient*innenbeauftragten in NRW eine Dialogstelle für Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und ihre Angehörigen bei der Landesbeauftragten eingerichtet und „zahlreiche“ Konflikte rund um die Einschränkung von Besuchsrechten in Pflegeheimen, Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen und Krankenhäusern wurden geschlichtet (NRW 2017–2022).

Beratungs- und Beschwerdeprozess

Der im Folgenden beschriebene Beratungs- und Beschwerdeprozess bezieht sich auf die befragte Patient*innenbeauftragte. Sie kann nicht auf die Tätigkeit der Patient*innenbeauftragten aller Bundesländer, die über Patient*innenbeauftragte verfügen, übertragen werden, da die Tätigkeitsschwerpunkte von den jeweiligen Beauftragten individuell gesetzt werden und es für die Bearbeitung von Anfragen mit Diskriminierung keine gesetzlichen Vorgaben gibt. In Bundesländern ohne Patient*innenbeauftragte entfällt dieser Möglichkeit zur Beratung oder Beschwerde.

Die Bearbeitung einer Anfrage beziehungsweise Beschwerde mit Diskriminierungsbezug erfolgt bei der befragten Beauftragten zweigeteilt:

1. **Verweisberatung** an die Antidiskriminierungsberatungsstelle des Landes zu Ansprüchen, die sich aus dem Diskriminierungsvorwurf ergeben könnten
2. **Beratungsgespräche** mit den Patient*innen zu den Zielen sowie zur Lösungsfindung mit gegebenenfalls anschließender **Begleitung / Interventionen** bei Akteuren des Gesundheitswesens.

Es wird demnach zunächst nicht an die Anlaufstellen des Gesundheitswesens wie beispielsweise die Kammern, K(Z)Ven oder Krankenhäuser verwiesen, sondern in der Beratung **gemeinsam mit den Patient*innen** versucht, Ziele und Lösungswege zu besprechen. Gegebenenfalls wird im nächsten Schritt auch an Leistungserbringer*innen oder Kostenträger*innen herantreten, auch dies mit Unterstützung der Patient*innenbeauftragten. Anlaufstellen des Gesundheitswesens, zum Beispiel Patient*innenfürsprecher*innen in Krankenhäusern, können ebenfalls zur Lösung der individuellen Problematik kontaktiert werden, entweder von der Beauftragten oder durch die Patient*innen selbst.

Bei der Lösungsfindung im Rahmen der Beratung wird von der Beauftragten primär daran gearbeitet, herauszufinden, was die Ratsuchenden möchten oder tun könnten, um ihr Ziel zu erreichen. Für den Fall, dass die als sinnvoll erachteten Schritte für die Personen nicht machbar erscheinen, wird angeboten, mit ihrer Einwilligung und **Schweigepflichtsentbindung, in ihrem Auftrag** aktiv zu werden.

In diesem Zusammenhang werden Anfragen bei den medizinischen Einrichtungen, wie zum Beispiel Ärzt*innenpraxen, **schriftlich oder telefonisch** durchgeführt und gegebenenfalls auch Stellungnahmen der am Konflikt beteiligten Personen eingefordert. Diese **Stellungnahmen** fließen in die Beratungsarbeit ein. Rückmeldungen der medizinischen Einrichtungen werden von der Beauftragten gegebenenfalls auch genutzt, um die Ratsuchenden dahingehend zu beraten, wie zukünftige Konflikte mit anderen medizinischen Einrichtungen von der betroffenen Person vermieden werden können, zum Beispiel, indem das eigene Verhalten ebenfalls reflektiert wird.

Vorteile der Beratung durch die Patient*innenbeauftragte werden darin gesehen, dass ein **persönliches Gespräch** stattfindet, das bei vielen anderen Anlaufstellen nicht angeboten wird. Zudem wäre es durch die Auftragsklärung im Gespräch möglich, zu erfahren oder zu erarbeiten, was die*der Ratsuchende erreichen möchte. Es kann dann auch mehrere **Ziele** geben, die **parallel verfolgt werden** können, zum Beispiel Diskriminierung bei der Antidiskriminierungsstelle des Landes oder einer anderen Beschwerdestelle melden und Rechtsberatung dazu erhalten und parallel mithilfe der Patient*innenbeauftragten eine*n neue Ärzt*in finden.

Beschwerden können von der Patient*innenbeauftragten **auch anonym** weiterverfolgt werden. In diesen Fällen stellt die Beauftragte eine allgemeine Anfrage an die medizinische Einrichtung und erkundigt sich nach entsprechenden Prozessen oder Arbeitsorganisationen/Vorgehensweisen, um auf diesem Wege Verhaltensänderungen anzustoßen.

Infobox 7: Beschwerdeprozess bei den Patient*innenbeauftragten der Länder

Beschwerdeprozess Patientenbeauftragte der Länder

Beschwerde kommt an. Darauf folgt:

1. Beratungsgespräch zur individuellen Ziel und Lösungsfindung
2. Unterstützung bei Maßnahmen oder Intervention im Auftrag der Ratsuchenden (mit Schweigepflichtsentbindung)
3. bei Diskriminierungsbezug ergänzende Verweisberatung beispielsweise an die Antidiskriminierungsberatungsstelle des Landes oder an Beratungsstellen von Betroffenenverbänden

Quelle: IGES

Herausforderungen

Da die medizinischen Einrichtungen und das medizinische Personal **zeitlich sehr belastet** seien, würden Beschwerden oder Anfragen nach Erfahrung der Beauftragten teilweise als **Störfaktor** wahrgenommen und können sich negativ auf den Umgang mit den Patient*innen auswirken, die die Beschwerde geäußert haben. Das gelte für alle Beschwerden, nicht nur für Beschwerden mit Diskriminierungsbezug. Beschwerdebearbeitung bedeute insbesondere für ambulante Praxen zeitaufwändige Zusatzarbeit, sodass es für die Einrichtungen gegebenenfalls einfacher ist, die Behandlung zu beenden oder die Beschwerde lediglich zurückzuweisen. Es müsse daher in der Beratung immer gut abgewogen werden, welche Maßnahmen zur **Zielerreichung** geeignet sind, um den Beratungsprozess nicht mit einem negativen oder enttäuschenden Ergebnis für die Ratsuchenden zu enden.

Bei vielen Anfragen müsse zudem der **Diskriminierungsbezug erst erfragt** werden, da er nicht unbedingt direkt von den Ratsuchenden benannt wird. Wird der Diskriminierungsbezug nicht erkannt, erfolgt zum Beispiel keine Verweisberatung an die Antidiskriminierungsstelle des Landes oder andere Institutionen, die die Interessen der Betroffenen gegebenenfalls besser vertreten können als durch die Patient*innenbeauftragte.

Es stellt für die Patient*innenbeauftragte eine Herausforderung dar, Patient*innen konkreter über ihre **Zuständigkeit auch im Diskriminierungsfall** zu informieren als bisher. Einerseits sind alle Beratungsanfragen zulässig und es wird auch bei Diskriminierung nach individuellen Lösungen gesucht, andererseits besteht im Diskriminierungsfall immer ergänzend der Bedarf, an Antidiskriminierungsstellen weiterzuverweisen, zum Beispiel für eine rechtliche Beratung. Es soll nicht der falsche Eindruck entstehen, dass von ihrem Büro qualifizierte Antidiskriminierungsberatung angeboten wird.

Potenziale und Verbesserungsmöglichkeiten

Potenziale werden von der Patient*innenbeauftragten im Wesentlichen bei den Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens gesehen. Ärztekammern und Krankenkassen sollten **transparenter kommunizieren**, welche Maßnahmen auf eine Beschwerde oder Anfrage folgen, und zu Zwischenschritten der Bearbeitung kommunizieren. Bei längeren Prozessen der Beschwerdebearbeitung sollte zudem auch in dem Fall, dass keine Fortschritte zu berichten sind, zwischen durch Kontakt mit den Ratsuchenden beziehungsweise Beschwerdeführer*innen aufgenommen werden, damit sich die Patient*innen in ihrer Anfrage ernst genommen fühlen. In der Kommunikation des Ergebnisses der Beschwerde sollte für die Kammern überlegt werden, ob den Beschwerdeführer*innen Informationen zur Beschwerdebearbeitung mitgeteilt werden könnten statt lediglich, dass das Verfahren abgeschlossen ist. Falls es keine berufsgerichtliche Verfolgung eines Falls gäbe, würde bisher über die alternativen Maßnahmen nicht berichtet, wie zum Beispiel das Einholen von Stellungnahmen.

Anlaufstellen bei Krankenhäusern, das heißt Beschwerdemanager*innen oder Patient*innenbeauftragte, sind nach Erfahrung der befragten Patient*innenbeauftragten **teilweise nicht gut erreichbar**, wenn zum Beispiel nur eine Person zuständig sei. Sollte sich diese außerhalb der Dienstzeiten, im Urlaub befinden oder krank sein, ist gegebenenfalls in einer kritischen Situation niemand erreichbar.

Die Arbeit der Patient*innenbeauftragten und ihres Teams könnte durch Schulungen weiter verbessert werden, die die **Sensibilisierung für Diskriminierungsbezüge im Beratungskontext** erhöhen und die Kommunikationskompetenz in der Identifikation von Diskriminierungserfahrungen fördern.

Bewertung der Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen

Das Beratungsangebot des Patient*innenbeauftragten des Bundes wird von der UPD wahrgenommen und bietet somit in erster Linie eine Erstanlaufstelle mit Verweisberatung (vergleiche Fallstudie UPD). Das spezifische Beratungsangebot der Patient*innenbeauftragten der Länder ist nur in vier Bundesländern verfügbar. Die in der Fallstudie befragte Beauftragte verfolgt einen individuellen und die Betroffenen begleitenden Beratungsansatz und kooperiert mit der Antidiskriminierungsstelle des Landes und weiteren Beratungsstellen. Dieses Vorgehen ist jedoch nicht systematisch in der Position der Patient*innenbeauftragten der Länder verankert, das heißt, es bestehen keine entsprechenden Voraussetzungen oder Schulungskonzepte. Wie bei den Patient*innenfürsprecher*innen wird das Beratungsangebot der Patient*innenbeauftragten der Länder von den Verantwortlichen individuell ausgestaltet. Eine Information der Patient*innen zur Zuständigkeit bei Diskriminierungserfahrungen besteht nicht.

5.3.3 Zwischenfazit übergeordnete Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens

Hinsichtlich der Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten gibt es bei den **Gesundheitsämtern** mit Ausnahme der psychiatrischen Versorgung **kein systematisches Beschwerde- und Beratungsangebot** für Patient*innen im Allgemeinen und Diskriminierungserfahrungen im Besonderen. Dies stellt insbesondere einen Mangel hinsichtlich der nicht verkammerten Gesundheitsberufe dar, für die die Gesundheitsämter die Berufsaufsicht haben. Für diese Berufsgruppen, zum Beispiel Physiotherapeut*innen und Hebammen, gibt es letztlich keine unabhängigen oder die Interessen der Patient*innen vertretenden Anlaufstellen. Gesundheitsämter sind jedoch in diesen Fällen als Berufsaufsicht auch für Diskriminierungsfälle zuständig und können daher

grundsätzlich kontaktiert werden. Von einer Schulung der Ansprechpartner*innen in Antidiskriminierung ist aufgrund fehlender Anlaufstellen für Patient*innen nicht auszugehen. Insgesamt zeigt sich bei den Gesundheitsämtern nach Ansicht der in der Fallstudie befragten Leiter eines Gesundheitsamtes ein **Beratungspotenzial hinsichtlich aller Anbieter im Gesundheitswesen**, da die Gesundheitsämter im Verhältnis zu den medizinischen Einrichtungen unabhängig sind und somit entsprechende Anlaufstellen oder Beauftragte für Patient*innen einrichten könnten. Dies könnte nach Ansicht der befragten Ansprechpartner*innen in den Landesgesetzen umfassender festgelegt werden.

Die UPD kennt die Strukturen des Gesundheitswesens sowie deren Anlauf- und Beschwerdestellen und die Arbeitsweisen dieser Stellen. Sie können daher eine **umfangreiche Verweisberatung** gewährleisten, die den Ratsuchenden aufzeigen kann, mit welchen Ergebnissen bei Beschwerden jeweils zu rechnen ist. Zudem findet eine umfangreiche psychosoziale Erstberatung statt, die der Klärung des Anliegens, der Stärkung und der Lösungsmöglichkeiten der Betroffenen dient. Eine persönliche Begleitung von Beschwerdeprozessen der Patient*innen findet jedoch nicht statt. Hinsichtlich der Beratung **im Diskriminierungsfall** besteht bei der UPD nach Auskunft der Ansprechpartnerin eine Sensibilisierung im Umgang dahingehend, dass Diskriminierungsbezüge auch erfragt werden sowie dass im Falle von benannten Diskriminierungserfahrungen Betroffene ergänzend an die Antidiskriminierungsstelle des Bundes verwiesen werden. Da nach Auskunft der Ansprechpartnerin Mitarbeiter*innen der UPD jedoch **nicht systematisch** zum Erkennen von Diskriminierung und zur Beurteilung, ob es sich bei Diskriminierungsvorwürfen um Diskriminierung handelt oder nicht, geschult werden, ist jedoch unklar, ob diese Sensibilisierung und Beratungskompetenz bei der UPD flächendeckend und hinsichtlich aller geschützten Diskriminierungsmerkmale gegeben ist. Das Beratungsangebot der UPD ist auch online und schriftlich verfügbar. Die Analyse der Internetseite macht jedoch deutlich, dass die psychosozialen Kompetenzen im Hinblick auf die Beratung auch bei Diskriminierung sowie mögliche Maßnahmen auf der Internetseite Betroffenen nicht deutlich gemacht werden und an dieser Stelle auch nicht explizit auf das Angebot zu Verweisberatung bei Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen hingewiesen wird.

Unabhängige **Patient*innenbeauftragte**, die von den Landesregierungen eingesetzt werden und sich parteiisch für Patient*innen einsetzen, gibt es bisher nur in vier Bundesländern. Sie stellen demnach wie die Patient*innenfürsprecher*innen ein **regional begrenztes** Angebot dar. Da die Beschwerdebearbeitung bei den Beauftragten sehr **individuell und parteiisch** erfolgt sowie gemeinsame Interventionen mit den Ratsuchenden oder auch anonyme Interessenvertretung zum Angebot gehören, entspricht die Begleitung einer Beschwerde durch die Beauftragten eher den Anforderungen, die aus Betroffenenperspektive für eine niedrigschwellige Beratung bei Diskriminierungserfahrung geäußert werden (vergleiche Kapitel 4). Ergänzend erfolgt eine **Verweisberatung** an die Antidiskriminierungsstelle des Landes. Schlichtungskompetenzen vergleichbar zu Ombudsstellen zum Beispiel im Banken- oder Versicherungsbereich bestehen bei den Patient*innenbeauftragten der Länder nicht. Offen bleibt, ob Patient*innenbeauftragte systematisch ein Beratungsangebot zur Verfügung stellen wie die befragte Beauftragte, da keine systematische Schulung der Patient*innenbeauftragten zum Umgang mit Diskriminierungserfahrungen besteht.

Keine der übergeordneten Anlaufstellen informieren bisher Patient*innen darüber, dass sie bei Diskriminierungserfahrungen Beratungs- oder Beschwerdemöglichkeiten anbieten.

5.3.4 Exkurs Medizinischer Dienst

Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten bei den Medizinischen Diensten beziehen sich vor allem auf den **Umgang der Gutachter*innen** mit Versicherten in der **Begutachtung von Leistungen** der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung.

Für **Widersprüche** bei Bescheiden zu Leistungsanträgen und entsprechend dafür herangezogenen Kriterien der Erstattung oder zur Begutachtung bei vermuteten Behandlungsfehlern sind, da der Medizinische Dienst nur im Auftrag tätig werden darf, die Kranken- und Pflegekassen Anlaufstelle. Der Medizinische Dienst wird tätig, wenn die Kasse dem Widerspruch nicht abhelfen kann und dem Medizinischen Dienst einen neuen Auftrag gibt (vergleiche Kapitel 3.4).

Für den Exkurs wurden der Leiter einer Beschwerdestelle eines Medizinischen Dienstes und die Vorstandsvorsitzende eines Medizinischen Dienstes in **Experteninterviews** befragt. Die befragten Medizinischen Dienste betreffen einen Stadtstaat und einen Flächenstaat.

Rechtsgrundlage

Der Medizinische Dienst ist für **Begutachtungen** zuständig, die, neben der Pflege nach SGB XI, auch die Gesundheitsversorgung von Patient*innen nach SGB V betreffen. Nach § 33 SGB V können zum Beispiel die Krankenkassen in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst vor **Bewilligung eines Hilfsmittels** nach § 275 Absatz 3 Nummer 1 prüfen lassen, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. Begutachtet werden zudem Maßnahmen zum Erhalt oder zur Wiederherstellung der **Arbeitsfähigkeit, inklusive Maßnahmen der Rehabilitation und der Vorsorge**. Gutachten werden von den Krankenkassen auch bei **Verdacht auf Behandlungsfehler** beim Medizinischen Dienst beauftragt. Ebenfalls fällt in die gesetzliche Zuständigkeit der Medizinischen Dienste die **Begutachtung zur Kostenübernahme für geschlechtsangleichende Maßnahmen**. Grundlage der Begutachtung ist die „Begutachtungsanleitung Geschlechtsangleichende Maßnahmen bei Transsexualismus“ des GKV-SV (Speerschnieder 2021). Letztlich kann zu jeder Leistung der Gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung der Medizinische Dienst mit einer Begutachtung beauftragt werden, wenn die Kasse fachlich unabhängige gutachtliche Expertise benötigt.

Zunächst waren die Medizinischen Dienste Arbeitsgemeinschaften der Krankenkassen (MDK). Zum 1. Januar 2020 ist das MDK-Reformgesetz in Kraft getreten. Damit werden Medizinische Dienste nun als **eigenständige Körperschaften des öffentlichen Rechts** einheitlich unter der Bezeichnung „Medizinischer Dienst“ der Länder beziehungsweise Medizinischer Dienst Bund geführt.

In den Verwaltungsräten der MD sind seitdem auch Vertreter*innen der Patient*innen, der Pflegebedürftigen, der Verbraucher*innen, der Ärzteschaft und der Pflegeberufe vertreten (BMG 2019). Patient*innenvertreter*innen werden von verschiedenen Institutionen und der Rechtsaufsicht ernannt. Diese Patient*innenvertreter*innen können zum Beispiel aus Selbsthilfeorganisationen kommen. Jeder Medizinische Dienst musste im Zuge der Reform auch **Ombudspersonen** benennen, die unabhängig und keiner Institution angehörig sind und die zusätzlich zum **Beschwerdemanagement** der Medizinischen Dienste eine Anlaufstelle für Patient*innen beziehungsweise Versicherte in Hinblick auf die Begutachtung darstellen. Durch die Ombudspersonen sollen Transparenz und Unabhängigkeit der Medizinischen Dienste sowie Patient*innenrechte und Rechte pflegebedürftiger Personen weiter gestärkt werden. Ziel ist zudem, durch die Ombudsstellen eventuelle Unregelmäßigkeiten, insbesondere unzulässige Beeinflussungsversuche gegenüber den Begutachtenden, aufzudecken. Da die Reform erst im Jahr 2020 verabschiedet

wurde, war die Berufung von Ombudspersonen in einigen Bundesländern Mitte des Jahres 2022 noch im Aufbau begriffen. Für den Exkurs wurden erste Jahresberichte von **Ombudspersonen** des Medizinischen Dienstes (vergleiche Kapitel 3.4) auf einen möglichen Diskriminierungsbezug von Anfragen geprüft und auf die Arbeitsweisen der Ombudspersonen im Beschwerdefall untersucht.

Aufkommen von Anfragen / Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen

Für die **Festlegungen**, welche Leistungen nach welchen Kriterien bezahlt werden, sind nach dem SGB nicht die Medizinischen Dienste zuständig, sondern der Gesetzgeber beziehungsweise der Gemeinsame Bundesausschuss. Die Leistungsbescheide werden ebenfalls nicht von den Medizinischen Diensten erlassen, sondern von den Kranken- und Pflegekassen, zum Beispiel im Kontext der Prüfung, ob Rehabilitationsmaßnahmen erstattet werden oder eine Kostenübernahme bei geschlechtsangleichenden Maßnahmen erfolgt. Insgesamt gibt es bei Medizinischen Diensten ein geringes Beschwerdeaufkommen, zum Beispiel bei einem der Dienste im Bereich Pflege im Jahr 2021 nur 15 Beschwerden insgesamt (das entspricht 0,1 Prozent bis 0,2 Prozent der persönlichen und telefonischen Begutachtungen).

In dem Arbeitsfeld Begutachtung zu **Behandlungsfehlern** sind den beiden im Rahmen der Fallstudie befragten Ansprechpartner*innen der Medizinischen Diensten keine Zusammenhänge mit diskriminierendem Verhalten oder Diskriminierungserfahrungen bekannt, das heißt, es gibt ihrer Erfahrung nach keine Hinweise auf ein erhöhtes Auftreten von Behandlungsfehlern bei von Diskriminierung betroffenen Bevölkerungsgruppen.

Es gibt keine auf die Erfassung von Diskriminierungserfahrungen ausgelegten Dokumentationssysteme. Die Befragten gaben hierzu an, dass die Fallzahlen derart gering sind, dass bisher an eine Erfassung nicht gedacht worden sei. Insgesamt ist davon auszugehen, dass bei den Beschwerdestellen der Medizinischen Dienste diskriminierungsrelevante Anliegen hinsichtlich der Begutachtung entweder praktisch nicht vorkommen, nicht als Diskriminierung wahrgenommen werden oder nicht beim Medizinischen Dienst ankommen, zum Beispiel, weil es sich um Widersprüche bei den Krankenkassen handelt. Nach Erfahrung des Leiters des Beschwerdemanagements einer der im Rahmen der Fallstudien befragten Medizinischen Dienste werden von den Krankenkassen die meisten Widersprüche an den Medizinischen Dienst weitergeleitet, sodass dieser nicht davon ausgeht, dass es entsprechende Anfragen gibt, die bei der Krankenkasse bearbeitet werden würden. Dies lässt sich im Rahmen dieser Fallstudie nicht abschließend klären.

Bei den befragten Medizinischen Diensten waren die **Ombudspersonen** zum Befragungszeitpunkt noch nicht berufen. Aus den ersten Jahresberichten von Ombudspersonen anderer Medizinischer Dienste gehen bis auf eine Ausnahme keine Diskriminierungsbezüge bei den Anfragen hervor. Die Jahresberichte der Ombudspersonen der Bundesländer Bayern, Baden-Württemberg, Niedersachsen, Nordrhein, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern weisen jedoch darauf hin, dass es jeweils zu einigen hundert Anfragen im Jahr kommt, im Verhältnis zu hunderttausenden Begutachtungen. Inhaltlich seien regelmäßig Verständnisschwierigkeiten zwischen begutachtenden und begutachteten Personen Inhalt der Anfragen. Ob Diskriminierungsmerkmale bei diesen Verständnisschwierigkeiten eine Rolle spielen, wird aus den Berichten überwiegend nicht deutlich.

Der Begriff „**Diskriminierung**“ fällt in einem Jahresbericht lediglich hinsichtlich der Verwehrung einer Kostenübernahme einer Privatklinik im Rahmen einer ambulanten Versorgung und es ist nicht nachvollziehbar, worin die Diskriminierungserfahrung in diesem Fall bestand. In einem Jahresbericht werden explizit Operationen in Zusammenhang mit Geschlechtsangleichungen als

Hintergrund von Beschwerden benannt, ebenfalls ohne nähere Erläuterung der Umstände. Im Bericht der Ombudsperson aus Niedersachsen heißt es: „Viele Petenten wenden sich aber gar nicht in erster Linie gegen die Inhalte der Gutachten. Sie wenden sich auch gegen die Art und Weise der Kommunikation, die als herablassend, zu wenig empathisch, unhöflich, gehetzt, wahrgenommen wird. Eine erneute Begutachtung durch einen kommunikativ besser geeigneten oder ausgebildeten Gutachter oder eine entsprechende Gutachterin hat für viele Versicherte einen hohen Stellenwert“ (Niewisch-Lennartz 2022). Inwieweit diese Erfahrungen an Diskriminierungsmerkmale anknüpfen, wird jedoch auch aus diesen Berichten nicht deutlich.

Beratungs- und Beschwerdeprozess

Über die Beschwerdestellen wird auf den Internetseiten der Medizinischen Dienste informiert. Beschwerden können zu allen Begutachtungsprozessen **schriftlich** eingereicht werden und können auch anonym eingehen. Diese Beschwerden werden dann individuell unter anderem hinsichtlich einer „sachgerechten“ Begutachtung geprüft. Auch wenn eine Beschwerde zu Diskriminierung eingeht, werden alle Informationen zusammengetragen und die*der Gutachter*in wird befragt beziehungsweise wird ihre*seine **Stellungnahme** eingeholt. Bei unklarem Sachverhalt wird gegebenenfalls ein Telefongespräch mit den Beschwerdeführer*innen geführt. Es wird dann eine Zusammenfassung der Ergebnisse erstellt. Spätestens nach 25 Arbeitstagen soll ein **Beschwerdeantwortschreiben** versendet sein. Bisher gab es in der Folge entsprechender Beschwerden keine Mediationsgespräche zwischen beiden Seiten, diese wurden bislang von keiner Seite als notwendig erachtet.

Über die Möglichkeit der Beschwerde bei der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes werden die Versicherten entsprechend der gesetzlichen Vorgabe in 275 Abs. 3c SGB V in jedem Bescheid der Kranken-/Pflegekasse im Anschluss an die allgemeine Rechtsbehelfsbelehrung schriftlich unterrichtet. Zudem wird das Angebot der Ombudspersonen auf den Internetseiten der Medizinischen Dienste beschrieben.

In den ersten Jahresberichten der Ombudsperson für den Medizinischen Dienst Westfalen-Lippe und Bayern wird beschrieben, dass die Information zu den Aufgaben der Ombudsperson durch die Krankenkassen noch unvollständig oder missverständlich sind, sodass auch Einsprüche an die Ombudsperson gehen (70 Prozent aller Anfragen, Garbrecht 2021). Der Weg der Beschwerde über die Ombudsperson eröffnet eine solche umfassende Überprüfungsmöglichkeit jedoch nicht, die nur gegeben wäre, wenn die Ombudsperson an die Entscheidungsebene, also bei der einzelnen Kranken-/Pflegekasse, angebunden wäre. Die (zusätzliche) Einschaltung der Ombudsperson sei daher nur dann zweckmäßig, wenn es nicht um das Ergebnis der Begutachtung, das heißt nicht um Widerspruch/Einspruch, sondern vielmehr um die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes im Rahmen der Auftragsbearbeitung ginge (Spiegl 2021).

Die Richtlinie des **Medizinischen Dienst Bund** zur Ombudsperson (2021) beschreibt die Arbeitsweise der Ombudspersonen. Wird die Ombudsperson durch Versicherte oder Beschäftigte der Medizinischen Dienste mit einem konkreten Begehren im Zusammenhang mit der Tätigkeit der Medizinischen Dienste angerufen, so hat diese die Eingaben entgegenzunehmen, vertraulich zu behandeln und zu prüfen. Die beschwerdeführende Person erhält von der Ombudsperson eine Eingangsbestätigung und wird über die Bearbeitung des Anliegens laufend informiert. Die Ombudsperson ermittelt bei einem konkreten und nachvollziehbaren Begehren einer beschwerdeführenden Person die zuständige Stelle und begleitet die Klärung des Begehrens **in moderierender und vermittelnder Weise**. Hierzu kann die Ombudsperson mit Einverständnis der beschwerdeführenden Person Kontakt zu der zuständigen Stelle aufnehmen, Anregungen und

Beschwerden an diese weiterleiten, eine Stellungnahme zu der Beschwerde anfordern oder in Konfliktsituationen, bei Mängeln und Problemen zwischen den Beteiligten vermitteln. Sie soll, falls notwendig, die Beschäftigten der Medizinischen Dienste oder die Versicherten in der Wahrnehmung ihrer Rechte stärken und unterstützen.

Infobox 8: Beschwerdeprozess beim Medizinischen Dienst

Beschwerdeprozess Medizinischer Dienst

Beschwerde kommt an

- Bearbeitung erfolgt nur, wenn es sich nicht um einen Widerspruch* handelt. Wenn es sich um einen Widerspruch handelt, wird der Versicherte auf den Weg verwiesen, den er im Fall eines Widerspruchs gehen kann.
 - Bearbeitung durch Beschwerdestelle (1) oder Ombudsperson (2)
1. → Gegebenenfalls telefonische Klärung bei Rückfragen mit den Beschwerdeführer*innen
 - Beschwerde wird intern mit den verantwortlichen Gutachter*innen besprochen und eine Zusammenfassung der Ergebnisse erstellt
 - Spätestens nach 25 Werktagen schriftliches Beschwerdeantwortschreiben
 - Erscheint in Beschwerden wiederholt der Name eines*einer Gutachter*n, findet ein vertieftes Gespräch mit dem*der Gutachter*in statt, um die Problemlage zu analysieren und Alternativen in der Begutachtung zu erarbeiten
 2. → Individuelle, gegebenenfalls persönliche, Beschwerdebearbeitung durch Ombudspersonen

**Unabhängig von den hier beschriebenen Beschwerdeprozessen ist der „Widerspruch“ von Patient*innen gegen Ergebnisse von Gutachten des Medizinischen Dienstes möglich. Diese werden nicht von den Anlaufs- und Beschwerdestellen der Medizinischen Dienste bearbeitet. Der Widerspruch ist bei der Kranken- oder Pflegekasse einzureichen. Das Gutachten liegt den Patient*innen jedoch nicht mit Bescheid vor und ist zunächst bei der*dem betreuenden Arzt*in oder dem Beratungszentrum des Medizinischen Dienstes vor Ort einzusehen.*

Quelle: IGES

Herausforderungen, Potenziale und Verbesserungsmöglichkeiten

Das Schulungsmaterial für die Gutachter*innen könnte aus Sicht der befragten Medizinischen Dienste gegebenenfalls erweitert werden, um **Hintergrundwissen** zu **Diversität und Diskriminierungsrisiken** in der Begutachtung zu vertiefen. Entsprechendes Schulungsmaterial könnte zum Beispiel in Zusammenarbeit mit der Antidiskriminierungsstelle des Bundes erstellt werden, um die Kompetenzen im Medizinischen Dienst in diesem Bereich weiter zu erhöhen.

Eine im Rahmen der Fallstudie befragte Leiterin eines Medizinischen Dienstes sieht zunächst Bedarf darin, Diskriminierungserfahrungen, die im Rahmen der Begutachtungsverfahren benannt werden, standardisiert zu dokumentieren, um die Relevanz besser einschätzen zu können. Sie sieht es zudem grundsätzlich kritisch, dass es keine **Dolmetscher*innen** gibt, die für den Medizinischen Dienst tätig werden können, sollte dies in Ausnahmefällen notwendig sein. Dafür gibt es aktuell keine Rechtsgrundlage.

Mit der Einführung von unabhängigen **Ombudspersonen** wurde für Versicherte und für Mitarbeiter*innen des Medizinischen Dienstes, die sich unzulässig beeinflusst sehen, eine weitere Anlaufstelle geschaffen neben den schon bestehenden Beschwerdestellen und dem Personalrat der Medizinischen Dienste sowie den Bürgerbeauftragten und Ombudsvereinen der Länder.

Als Problem wird in einem der Jahresberichte der Ombudspersonen von der Ombudsperson Westfalen-Lippe die **Transparenz** der Begutachtung für Patient*innen benannt. Die Krankenkasse sei verpflichtet, in ihrem Bescheid der*dem Versicherten das Ergebnis der gutachtlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes und die wesentlichen Gründe für dieses Ergebnis in einer **verständlichen und nachvollziehbaren Form** mitzuteilen. Die Bescheide, die im Rahmen der Tätigkeit der Ombudsperson zur Kenntnis gelangten, erfüllten diese Anforderung nach Ansicht der Ombudsperson nicht. Weitergehende Therapievorschlüsse würden ausgelassen sowie die Ablehnung auf einen Satz reduziert (Garbrecht 2021). Die Ombudsperson aus Nordrhein macht zudem in ihrem Bericht deutlich, dass neben den Beschwerdeinhalten die Anfragen „eine **hohe Verunsicherung** über die richtige Adressierung der Beschwerde zeigen. Dazu gehören beispielsweise Fragen, wer für die Beschwerde zuständig ist, welche Beschwerdemöglichkeiten es gibt oder an welche Stelle ein Widerspruch gerichtet werden müsse (Meyer 2022). Es gibt jedoch auch in diesen Berichten keinen Hinweis auf in diesem Zusammenhang auftretende Diskriminierung.

Bewertung der Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen

Die Medizinischen Dienste in den Ländern sind nicht direkt an der Gesundheitsversorgung von Patient*innen beteiligt und haben somit in der vorliegenden Betrachtung eine Sonderstellung. Sie sind auf vielfältige Weise an der Leistungsbewilligung und Leistungsbewertung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung beteiligt und übernehmen unter anderem für die Krankenkassen wesentliche Prüffunktionen, zum Beispiel bei vermuteten Behandlungsfehlern.

Da die Leistungsbewilligung von Hilfsmitteln und Rehabilitationsmaßnahmen häufig ältere und chronisch kranke beziehungsweise behinderte Menschen betrifft, sind mit dem gesamten Prozess der Bewilligung der Kostenübernahme, auch unabhängig von der Begutachtung des medizinischen Dienstes, Diskriminierungsrisiken verbunden. Beispielsweise hinsichtlich des durch das AGG geschützten Merkmals des Geschlechts ist mit der Begutachtung zur Kostenübernahme für Geschlechtsangleichungen der Medizinische Dienst an einem von einigen Betroffenen kritisch gesehenen Prozess beteiligt. Aus Betroffenenperspektive besteht bei der Leistungsbewilligung strukturelle Diskriminierung im Gesundheitswesen in Bezug auf Alter (Verweigerung von Rehabilitationsleistungen) und Geschlechtsidentität (Verweigerung/Erschwerung der Kostenübernahme für eine Geschlechtsangleichung) (vergleiche Kapitel 4).

Die Beschwerdestellen der Medizinischen Dienste bieten Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten im Falle von Diskriminierungserfahrungen bezüglich der Begutachtung, naturgemäß aber nicht zu Diskriminierung im Rahmen von Behandlungen oder Pflege. Die Krankenkassen verfügen über keine eigenen Anlauf- oder Beschwerdestelle zur Begutachtung, da die Medizinischen Dienste von den Kranken- und Pflegekassen als unabhängige Körperschaften beauftragt sind. Bei den Kassen kann aber schriftlich Widerspruch gegen einen Leistungsbescheid und/oder das Ergebnis der Begutachtung eingereicht werden. Die Krankenkassen können dem Widerspruch abhelfen oder aber einen erneuten Begutachtungsauftrag an die Medizinischen Dienste geben. Sind Patient*innen mit dem Ergebnis weiterhin nicht einverstanden, können sie beim Sozialgericht klagen oder den Fall beim Widerspruchsausschuss vorlegen.

Mit der Einführung unabhängiger Ombudspersonen bei den Medizinischen Diensten wurden im Jahr 2020 zusätzliche Anlaufstellen geschaffen, die sich Beschwerden von Patient*innen neutral, individuell und persönlich widmen und somit auch bei Diskriminierungserfahrungen eine Anlauf- und Beschwerdestelle zu entsprechenden Rechten der Patient*innen bieten. Von einer systematischen Schulung der Ombudspersonen zu Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen ist anhand der Richtlinien und Rechtsgrundlagen der Ombudspersonen bisher jedoch nicht auszugehen. Zudem sind die Ombudspersonen nicht dafür zuständig, Beschwerden hinsichtlich der Ergebnisse der Gutachten zu bearbeiten oder dazu zu beraten.

Die ersten Berichte der Ombudspersonen der Medizinischen Dienste bestätigen, dass es Bedarf bei Patient*innen gibt, Widerspruch einzulegen und sich über gesetzliche Regelungen zu beschweren. Hierzu verweisen auch die Ombudspersonen auf die zuständigen Kranken- und Pflegekassen als Ansprechpartner beziehungsweise den Gesetzgeber.

Für Widersprüche gegen Bescheide oder Begutachtungsergebnisse zu Behandlungsfehlern stehen schriftliche, mehrschrittige Verfahren mit unterschiedlichen Zuständigkeiten bei Krankenkassen und Medizinischen Diensten sowie Gutachterkommissionen bei den Ärztekammern zur Verfügung, die aus Patient*innensicht gegebenenfalls schwer nachvollziehbar sind. Verkürzte oder schwer verständliche Texte in Gutachten und Bescheiden des Medizinischen Dienstes und der Krankenkassen stellen dabei gegebenenfalls eine besondere Schwierigkeit für Personengruppen mit schlechten Deutschkenntnissen oder kognitiven Einschränkungen dar. Die Ombudspersonen legen in ihren Berichten nahe, dass es zumindest im Einzelfall notwendig sei, deutlicher zu machen, welche Aspekte im Handlungsspielraum und Vorgehen der Gutachter*innen liegen. Durch die komplexen Zuständigkeiten bleibt fraglich, ob Patient*innen im Einzelfall von ihren Krankenkassen oder auf den Internetseiten des Medizinischen Dienstes dahingehend umfassend beraten worden sind, welche Dokumente patient*innenseitig bei Behandlungsfehlern oder Begutachtungen vorliegen sollten, welche Aspekte der Leistungsbewilligung oder des Behandlungsumfangs gesetzlich vorgegeben sind und wo Handlungsspielräume bestehen und wie Diskriminierungserfahrungen in diesem Zusammenhang einzuordnen sind.

Studien belegen vielfältige strukturelle Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen (vergleiche Bartig et al. 2021), auch in Hinblick auf Leistungsumfänge. Diese werden jedoch nicht von den Medizinischen Diensten, sondern durch den Gemeinsamen Bundesausschuss definiert. Diese Bedarfe, Zuständigkeiten und gegebenenfalls Handlungsspielräume bei der Bewilligung durch die Krankenkassen sind jedoch zunächst näher zu untersuchen. Diese Analyse geht über die Darstellung der Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten der vorliegenden Studie hinaus und stellt weiteren Forschungsbedarf dar.

6 Analytische Zusammen- schau der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse aus den vorangehenden Kapiteln 3 bis 5 zusammenfassend betrachtet. Die zentralen Ergebnisse des Forschungsprojektes gliedern sich dabei in sechs Bereiche:

- Bestandsaufnahme der Struktur und Zuständigkeiten der Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens,
- Aufkommen von Anfragen zu Diskriminierungserfahrungen,
- bestehende Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten im Gesundheitswesen
- Information und Zugang zu Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten,
- Umgang mit Diskriminierungserfahrungen,
- Möglichkeiten der Rechtsdurchsetzung bei Diskriminierung.

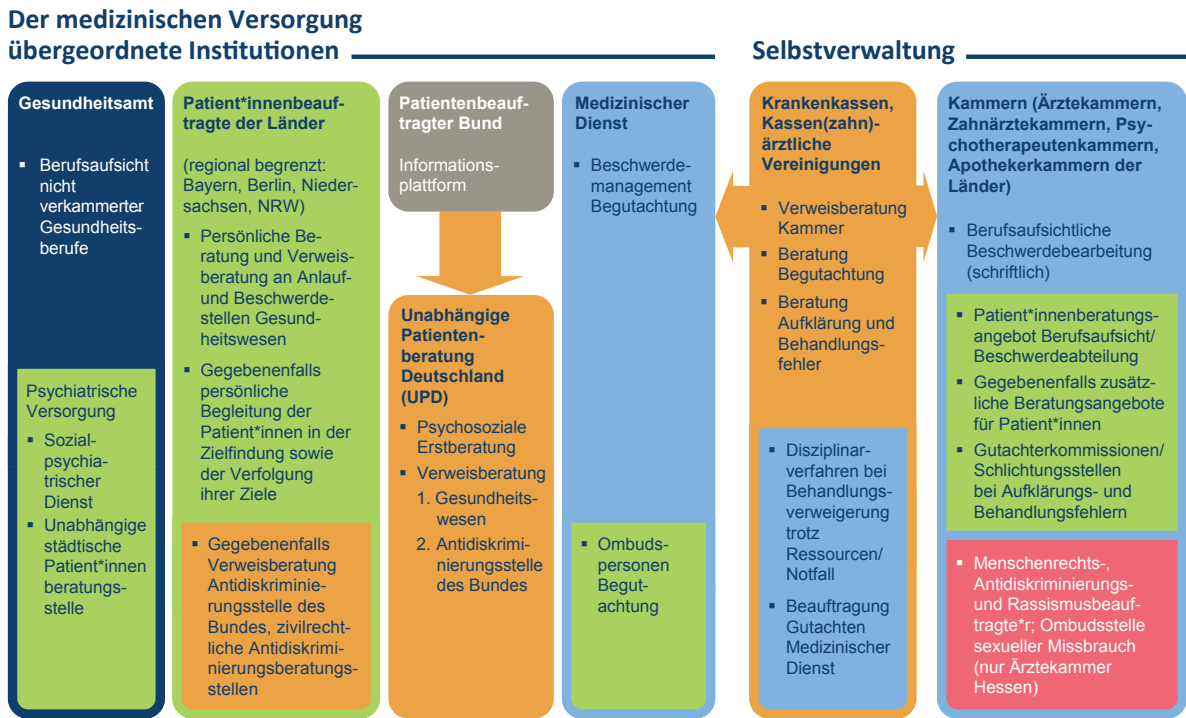
Struktur und Zuständigkeiten der Anlauf- und Beschwerdestellen

Die Analyse zeigt, dass es im Gesundheitswesen vielfältige Anlauf- und Beschwerdestellen gibt, die sich zum Teil auch im Diskriminierungsfall als zuständig benennen, auch wenn sie häufig kein explizites Mandat haben, zu Diskriminierungserfahrungen zu beraten beziehungsweise diese zu bearbeiten, wie zum Beispiel ein*e Rassismusbeauftragte*r. Abbildung 13 gibt einen Überblick über die Strukturen der vorhandenen Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitsbereich. Unterschieden werden (1) Bereiche der Gesundheitsversorgung und -verwaltung, die über keine Anlaufstellen für Patient*innen beziehungsweise ausschließlich allgemeine Kontaktdaten verfügen, wie zum Beispiel niedergelassene Ärzt*innen und Krankenkassen und (2) Institutionen, die über Anlaufstellen für Patient*innen **verfügen**, wie zum Beispiel Krankenhäuser. Diese vorhandenen Anlaufstellen für Patient*innen unterscheiden sich zusätzlich darin, ob sie **nur beraten** oder auch **Beschwerden aufnehmen** und weiterverfolgen, sowie darin, ob sie eine **persönliche Begleitung** der Betroffenen anbieten oder nicht.

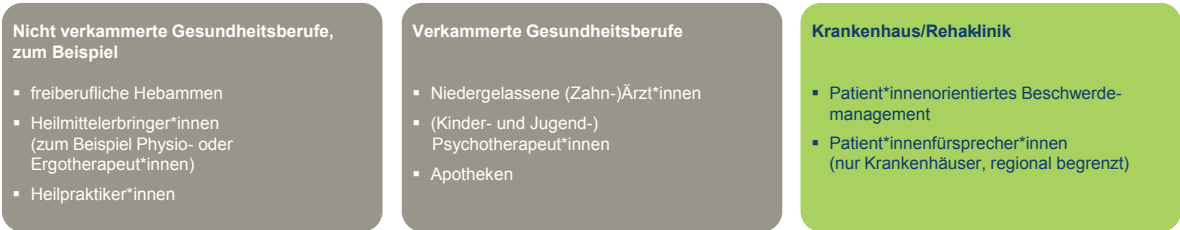
Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten am Ort der medizinischen Versorgung

Auf der untersten Ebene der Abbildung 13 sind die medizinischen Einrichtungen dargestellt, die **unmittelbar die Gesundheitsversorgung der Patient*innen** erfüllen („Orte der medizinischen Versorgung“). Auf dieser Ebene, das heißt im direkten Kontakt mit Patient*innen, weisen die **Krankenhäuser** und die **Rehakliniken** eigene Anlaufstellen mit Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten auf (vergleiche Kapitel 5.1).

Abbildung 13: Überblick der Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrung im Gesundheitswesen



Orte der medizinischen Versorgung



Legende



Quelle: IGES

Die Krankenhäuser und Rehakliniken verfügen gesetzlich verpflichtend über **patient*innenorientierte Beschwerdestellen**, die Patient*innen beraten und die Beschwerden individuell verfolgen. Das heißt, dass sie nicht nur die Beschwerde aufgreifen, sondern auch mit den Betroffenen nach Problemlösungen suchen. In Krankenhäusern sind teilweise zusätzlich auch kommunal berufene, ehrenamtlich tätige, neutrale Ansprechpartner*innen für diese Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten verfügbar: die **Patient*innenfürsprecher*innen**.

Praxen der verkammerten Gesundheitsberufe (niedergelassene Ärzt*innen, Zahnärzt*innen und Psychotherapeut*innen) sowie Apotheken und Praxen nicht verkammerter Gesundheitsberufe (zum Beispiel freiberufliche Hebammen/Entbindungspfleger und Heilmittelerbringer wie etwa Physiotherapeut*innen oder Podolog*innen) verfügen über keine eigenen Anlauf- und Beschwerdestellen für Patientinnen. Diese sind bei der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens und den Gesundheitsämtern angesiedelt.

Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens

Anlauf- und Beschwerdestellen für Patient*innen auf Ebene der Selbstverwaltung sind bei den Kammern angesiedelt sowie, für den überwiegenden Teil der Gesundheitsversorgung, die Vertrags(zahn)ärzt*innen und Vertragspsychotherapeut*innen der gesetzlichen Krankenversicherung, auch bei den Krankenkassen und den kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen (KV, KZV). Zu rein privaten Praxen können sich die Patient*innen an die Kammern wenden. Die Kammern bieten in allen Bundesländern, teilweise auf Bezirksebene, einen formalen, schriftlichen Beschwerdeprozess an, der an die Berufsaufsicht der Kammern und somit die Berufsordnung der verkammerten Gesundheitsberufe anknüpft. An die K(Z)Ven können sich Patient*innen hinsichtlich der vertraglichen Pflichten (zum Beispiel der Pflicht, im Notfall zu behandeln) und bei den Krankenkassen hinsichtlich der Patient*innenrechte wenden (zum Beispiel bei Behandlungsfehlern; vergleiche Kapitel 3.3 und 5.2).

Die Ärzte- und Psychotherapeutenkammern einiger Bundesländer (teilweise in Zusammenarbeit mit KVen) sowie einige Krankenkassen bieten zusätzlich zu den formalen, schriftlichen Beschwerdeprozessen telefonische Patient*innenberatung an (vergleiche Kapitel 5.2.2) und können Patient*innen somit dahingehend beraten, welche Institution der Selbstverwaltung für das Anliegen der Patient*innen die formale Zuständigkeit besitzt. Diese Angebote an Patient*innenberatungsstellen sind jedoch nicht flächendeckend verfügbar und auf den Internetseiten der Institutionen der Selbstverwaltung an unterschiedlichen Stellen zu finden.

Im **psychiatrischen Bereich** (das heißt für die stationäre Psychiatrie, ambulante Betreuung durch Psychiater*innen und Psychotherapeut*innen sowie ambulante betreute Wohnangebote) bestehen weitere Beratungsmöglichkeiten für Patient*innen. Zum einen besteht die Möglichkeit, sich bei den sozialpsychiatrischen Diensten der Gesundheitsämter zu dem Behandlungsangebot in Krankenhäusern, Rehakliniken, in der ambulanten Versorgung und anderen Lebensbereichen beraten zu lassen sowie Beschwerden vorzubringen, die von den Ansprechpartner*innen der sozialpsychiatrischen Dienste bei den beschuldigten Einrichtungen vorgebracht werden können. Zum anderen gibt es an die Gesundheitsämter angegliederte, jedoch unabhängige städtische Patient*innenberatungsstellen, an die sich Patient*innen und Angehörige wenden können (vergleiche Kapitel 5.3.2 zur Fallstudie Gesundheitsämter).

Für Ärzt*innen und Zahnärzt*innen sowie Psychotherapeut*innen, die in den **Krankenhäusern und Rehakliniken tätig** sind, haben ebenfalls die jeweiligen berufsständischen Kammern die Berufsaufsicht. Das bedeutet, dass wenn Beschwerden bei dem Beschwerdemanagement der Krankenhäuser und Rehakliniken Verstöße gegen die Berufsordnung beinhalten, diese an die Kammer weitergeleitet oder auch direkt an die Kammern herangetragen werden können (vergleiche Kapitel 5.2.2).

Für nicht verkammerte Gesundheitsberufe (zum Beispiel freiberufliche Hebammen/Entbindungspfleger und Heilmittelerbringer wie zum Beispiel Physiotherapeut*innen oder Podolog*innen) haben die **Gesundheitsämter die Berufsaufsicht**. Sie verfügen diesbezüglich nicht regelhaft

über Anlauf- und Beschwerdestellen für Patient*innen und beschreiben auch keine formalen, schriftlichen Beschwerdewege für Patient*innen auf ihren Internetseiten, falls es zu Verstößen gegen die Berufsordnung kommt. Diskriminierendes Verhalten gegenüber Patient*innen ist jedoch auch in den Berufsordnungen der nicht verkammerten Gesundheitsberufe verboten, sodass die Gesundheitsämter unter der allgemeinen Kontaktadresse dazu kontaktiert werden können. Anfragen und Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen kommen bei Gesundheitsämtern vor, wenn auch selten. Es ist jedoch nicht bekannt, ob sich diese auch auf die nicht verkammerten Berufe beziehen oder ob Diskriminierungsanfragen schon einmal als Verstöße gegen die Berufsordnung eingeordnet wurden (vergleiche Kapitel 5.3). Die Verbände der nicht verkammerten Gesundheitsberufe sind für Patient*innenanliegen nicht zuständig, erhalten diese jedoch, da es an Anlaufstellen, die Patient*innen beraten, ansonsten fehlt beziehungsweise die Zuständigkeit des Gesundheitsamtes nicht bekannt ist. Die Verbände verweisen gegebenenfalls ebenfalls aufgrund fehlender ausgewiesener Anlaufstellen nicht an das Gesundheitsamt (vergleiche beispielhaft Kapitel 5.2.2 zum Hebammenverband). Durch die fehlende Verkammerung und die fehlende Information der Gesundheitsämter, entsprechende Patient*innenanfragen entgegenzunehmen, gibt es somit **bei ambulant tätigen Personen der genannten Gesundheitsberufe** keine ausgewiesenen Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens, das heißt weder bei den ambulanten Stellen selbst noch bei den Behörden, die die Berufsaufsicht innehaben. Bei Diskriminierungserfahrungen mit ambulant tätigen Pflegepersonen, (Beleg-)Hebammen/Entbindungspflegern oder Entbindungspflegern, Heilmittelerbringer*innen, Rettungssanitäter*innen und Heilpraktiker*innen besteht somit nur die Möglichkeit, sich an die allgemeine Servicestelle des zuständigen Gesundheitsamtes zu wenden.

Auch beim Pflegepersonal sind Pflegekammern erst im Aufbau begriffen. Bei Diskriminierungserfahrungen, die von **Pflegepersonal in Krankenhäusern und Rehakliniken** verursacht werden, besteht daher ebenfalls nur die Möglichkeit, sich an die Beschwerdestellen und gegebenenfalls an Patient*innenfürsprecher*innen in Krankenhäusern und Rehakliniken zu wenden. Beschwerdestellen, die eine berufsrechtlich relevante Beschwerde verfolgen, gibt es in diesen Fällen nicht, die Zuständigkeit liegt auch hier beim Gesundheitsamt.

Die bisher beschriebenen Anlauf- und Beschwerdemöglichkeit beziehen sich auf allgemeine Patient*innenanfragen. Die Anlauf- und Beschwerdestellen sind auch für **Diskriminierungsanfragen zuständig, jedoch in der Regel nicht spezifisch darauf ausgerichtet** (vergleiche Kapitel 5.1 und 5.2). Weitere, **explizit auf Diskriminierungserfahrungen bezogene** Beratungs- und Beschwerdeangebote innerhalb des Gesundheitswesens hat nur die **Landesärztekammer Hessen**. Ansprechpartner*innen der Ombudsstellen für Menschenrecht, Rassismus und Antidiskriminierung (vergleiche Kapitel 5.2.2) sowie bei Missbrauch in ärztlichen Behandlungen der Landesärztekammer Hessen beraten und **begleiten** Betroffene im Verfolgen ihrer Behandlungsziele sowie ihrer Beschwerdeanliegen. Dieses Angebot gilt nur im ärztlichen Kontext.

Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten übergeordneter Institutionen des Gesundheitswesens
Gesundheitsämter sind unabhängig von den Institutionen der Gesundheitsversorgung und ihrer Selbstverwaltung beziehungsweise diesen übergeordnet. Sie nehmen aufgrund ihrer Berufsaufsichtsfunktion für nicht verkammerte Gesundheitsberufe und des gesetzlichen Beratungsauftrages im sozialpsychiatrischen Dienst eine Zwischenposition ein und sind daher in dem Schaubild in Abbildung 13 auf der mittleren Ebene dargestellt. Gesundheitsämter bieten in der Regel keine Anlaufstellen für Patient*innen, Betroffene müssen sich daher an den allgemeinen Kontakt oder direkt an inhaltlich zuständige Abteilungen wenden.

Weitere **unabhängige, übergeordnete Institutionen** des Gesundheitswesens, die für Patient*innen relevant sind und über Anlauf- und Beschwerdestellen verfügen, sind **Patient*innenbeauftragte der Länder, die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD)** und, im Falle von Begutachtungen, **der Medizinische Dienst**.

Die **Patient*innenbeauftragten der Länder sowie die UPD** sind dem Patientenbeauftragten des Bundes zugeordnet, der selbst über keine eigene Anlauf- oder Beschwerdestelle für Patient*innen verfügt. Die Patient*innenbeauftragten der Länder sowie die UPD beraten Patient*innen zu den beschriebenen Zuständigkeiten der Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitswesen (vergleiche die Fallstudie zur UPD Kapitel 5.3.2). Die UPD kann zudem eine psychosoziale Erstberatung leisten, in der Patient*innen in der Verfolgung ihrer Interessen unterstützt werden und sie im Austausch mit den Berater*innen ihre Anliegen konkretisieren können. Bei den **Patient*innenbeauftragten** besteht zusätzlich die Möglichkeit, sich **persönlich beraten und in der Lösungsfindung ihres Anliegens begleiten** zu lassen (vergleiche Fallstudie Kapitel 5.3.2). Bei der Patient*innenbeauftragten des Landes Berlin besteht eine Kooperation mit der Antidiskriminierungsstelle des Landes, der Patient*innenbeauftragte in Bayern verweist auf seiner Internetseite explizit auf die Antidiskriminierungsstelle des Bundes. In Niedersachsen und NRW gibt es ebenfalls Patient*innenbeauftragte der Länder. In den übrigen Bundesländern gibt es bisher keine Länderbeauftragten für Patient*innen.

Dem **Medizinischen Dienst** kommt hinsichtlich der übergeordneten Institutionen eine Sonderrolle zu, weil er nicht direkt an der Gesundheitsversorgung der Patient*innen beteiligt ist, sondern in erster Linie Begutachtungsaufgaben in Zusammenhang mit der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung erbringt und nur in diesem Zusammenhang mit Patient*innen in Kontakt kommt. Sie sind für Patient*innen relevant für die Leistungsbewilligung in der Gesundheitsversorgung und die Begutachtung im Rahmen von vermuteten Aufklärungs- und Behandlungsfehlern. Der Medizinische Dienst wird von den Krankenkassen beauftragt, Gutachten zu erstellen. Für Konflikte in Zusammenhang mit der Begutachtung gibt es für Patient*innen **Beschwerdestellen und unabhängige Ombudspersonen**. Der Widerspruch zu einer Begutachtung stellt dagegen keine Beschwerde dar und ist an die Krankenkassen zu richten, die ihrerseits nur begrenzt festlegen, welche Leistungen gesetzlich erstattet werden. Gegebenenfalls beziehen sich somit Diskriminierungserfahrungen in Bezug auf die Leistungsbewilligung oft auch auf die der Begutachtung zugrunde liegenden Regeln, die nicht dem Einzelfall zuzuordnen sind und damit institutionell/politisch zu beanstanden sind (vergleiche Exkurs Kapitel 5.3.4).

Aufsichtsbehörden, die hierarchisch über den bisher beschriebenen Strukturen angesiedelt sind, zum Beispiel von Krankenkassen und Krankenversicherungen oder von Krankenhäusern, wie zum Beispiel die Gesundheitsministerien und die Medizinischen Dienste, bieten bisher keine ausgewiesenen Anlauf- und Beschwerdestellen für Patient*innen an.

Aufkommen von Anfragen zu Diskriminierungserfahrungen

Anfragen bei den Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens zu Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen sind selten, kommen jedoch in den meisten Einrichtungen mindestens vereinzelt vor. Dies gilt für alle betrachteten Diskriminierungsmerkmale und -formen, zum Beispiel rassistische Diskriminierung oder Diskriminierung aufgrund der Geschlechtsidentität, und reicht von verbaler Diskriminierung, schlechterem Zugang zu medizinischer Versorgung über sexuelle Belästigung bis hin zu Gewalt (vergleiche Kapitel 5.1.1, 5.2.1 und 5.3.1 zu den Ergebnissen der Onlinebefragung).

Bestehende Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen

Konkret bestehen aktuell für Patient*innen verschiedene Möglichkeiten, sich bei Diskriminierungserfahrungen zu beschweren. Da es jedoch wenige Anlauf- und Beschwerdestellen im Gesundheitswesen gibt, die spezifisch auf Diskriminierung ausgerichtet ist, unterscheiden sich die Angebote dahingehend, in welchem Umfang und auf welche Art Betroffene Unterstützung erhalten können. Dies hängt zunächst davon ab, ob Betroffene sich in der Einordnung ihrer Diskriminierungserfahrung bereits sicher oder noch unsicher sind, ob die erlebten Benachteiligungen zu bestehenden Beschwerdewegen des Gesundheitswesens „passen“ und ob mehr oder weniger Bedarf an persönlicher Begleitung besteht. Angebote, die eine persönliche Begleitung bieten, sind, wie bereits beschrieben nicht flächendeckend verfügbar.

Beratung

Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) kann, auch bei Diskriminierungserfahrungen, zu den **Zuständigkeiten** im Gesundheitswesen sowie zu den **Hürden und Ergebnissen der Beschwerdewege** beraten und gegebenenfalls ergänzend an die Antidiskriminierungsstelle des Bundes verweisen (vergleiche Kapitel 5.3.2 Fallstudie UPD). Die Verweisberatung erfolgt zudem im Kontext einer individuellen psychosozialen Erstberatung, die der Klärung des Anliegens, der Stärkung und der Lösungsmöglichkeiten der Betroffenen dient.

Auch viele Ärztekammern beraten Patient*innen über Beschwerdemöglichkeiten im gesamten Gesundheitswesen und spezifisch zu den Beschwerdewegen der Kammer. Einige Psychotherapeutenkammern bieten eine umfassende Beratung bei schwierigen oder fraglichen Situationen für Patient*innen in Psychotherapie an. Die Angebote der Kammern können sich je nach Bundesland unterscheiden und entsprechend auch weniger umfangreich sein.

Zusätzliche Antidiskriminierungsberatung außerhalb des Gesundheitswesens

Wege für Betroffene, bei Diskriminierungserfahrungen eine Antidiskriminierungsberatung zu erhalten beziehungsweise individuell unterstützt zu werden oder die Diskriminierungserfahrung richtig einzuordnen, sind im Gesundheitswesen nicht flächendeckend verfügbar. Daher weisen sowohl die Ansprechpartner*innen der Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens als auch die Betroffenenverbände und (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen darauf hin, dass es bei den bestehenden Strukturen sinnvoll sein kann, sich zusätzlich außerhalb des Gesundheitswesens an (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen zu wenden. (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen helfen insbesondere, die erlebte Benachteiligung als Diskriminierungstatbestand einzuordnen und im Gespräch mit einer*inem betroffenenorientierten Berater*in Klarheit über die eigenen Ziele zu gewinnen, die mit einer Anfrage oder Beschwerde im Gesundheitswesen erreicht werden sollen, zum Beispiel die Beschwerde zu äußern, Entschuldigung oder Entschädigung zu erhalten und/oder (bessere) medizinische Versorgung zu realisieren. Außerhalb des Gesundheitswesens bestehen zudem zusätzliche Klagewege, zum Beispiel durch Strafanzeige bei Verstößen gegen den Datenschutz oder bei unterlassener Hilfeleistung, zu denen ebenfalls eine erste Rechtsberatung bei der Antidiskriminierungsstelle des Bundes erfolgen kann.

Persönliche Begleitung

Bei Benachteiligungen in **Krankenhäusern und Rehakliniken**, zum Beispiel hinsichtlich des Zugangs, der Diagnostik, Aufklärung oder Behandlung, kann persönlich, telefonisch oder schriftlich Kontakt mit dem Beschwerdemanagement der Krankenhäuser, falls verfügbar, alternativ mit

Patient*innenfürsprecher*innen aufgenommen werden. Beide Anlaufstellen verfolgen individuelle Problemlösungen auch bei Diskriminierungserfahrungen (vergleiche Kapitel 5.1.2 Fallstudien Krankenhaus).

Sollten Betroffene unsicher sein, ob sie Diskriminierung erlebt haben oder welches Ziel sie angesichts einer Benachteiligung verfolgen wollen und können, bestehen vereinzelt Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten im Gesundheitswesen, die eine **persönliche Begleitung** auch für die ambulante Versorgung anbieten, das heißt in Bezug auf Praxen niedergelassener (Zahn-)Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen.

Der **Menschenrechts-, Diskriminierungs- und Rassismusbeauftragte der Landesärztekammer Hessen** sowie die **Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen** der Landesärztekammer Hessen bieten eine **diskriminierungsspezifische Beratung und Begleitung** in der ärztlichen Versorgung an (vergleiche Kapitel 5.2.2 zur Fallstudie Kammern).

Persönliche Beratung und Begleitung zu allen Bereichen des Gesundheitswesens bietet die Patient*innenbeauftragte des Landes Berlin an und kooperiert dazu auch mit der Antidiskriminierungsstelle des Landes Berlin (vergleiche Kapitel 5.3.2 zur Fallstudie Patient*innenbeauftragte).

In der persönlichen Begleitung von Betroffenen können neben formalrechtlichen Beschwerdewege auch **kommunikative Lösungen** in den Blick genommen werden, das heißt, dass zum Beispiel klärende Gespräche mit (Zahn-)Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen geführt werden (vergleiche Fallstudien zu den Kammern Kapitel 5.2.2 und zu Patient*innenbeauftragten Kapitel 5.3.2).

Im **psychiatrischen Kontext** bieten die sozialpsychiatrischen Dienste der Gesundheitsämter Beratung an und können Beschwerden über Institutionen institutionell, das heißt unabhängig von dem konkreten Fall, verfolgen oder an städtische „Unabhängige Beratungsstellen Psychiatrie“ verweisen, die an die Gesundheitsämter angegliedert sind. An diese Beratungsstellen können sich Patient*innen auch direkt wenden, sie bieten persönliche Beratung in allen Bereichen der psychiatrischen Versorgung an (vergleiche Kapitel 5.3.2 zur Fallstudie zum Sozialpsychiatrischen Dienst).

Formalrechtliche Beschwerdewege

Besteht bei den Betroffenen Klarheit über die erlittene Benachteiligung oder sind die Betroffenen im Rahmen der Beratung zu dem Ergebnis gekommen, sich beschweren zu wollen, können spezifische Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens für formalrechtliche Beschwerdewege kontaktiert und Beschwerden **gemeldet** werden,

- Bei Behandlungsverweigerung in einer vertragsärztlichen Praxis (ärztlich oder psychotherapeutisch): Wenn den Betroffenen – mit oder ohne Bezug zu Diskriminierung – eine Behandlung im Notfall oder ohne Mangel an Ressourcen in einer Praxis verweigert wurde und vor der Situation, die zu der Verweigerung führte, nicht bereits das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt*in und Patient*in zerrüttet war, kann schriftliche Beschwerde zur Verletzung vertragsärztlicher Pflichten bei der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung (KV/KZV) des jeweiligen Landes (vergleiche Kapitel 3.3) eingereicht werden.
- Bei Einschüchterungen, Anfeindungen, Erniedrigungen, Entwürdigungen, Beleidigungen, Gewalt sowie sexueller Belästigung kann schriftlich Beschwerde zum Verstoß gegen die Berufsordnung bei der zuständigen (Zahn-)Ärzte- oder Psychotherapeutenkammer des Landes oder des Bezirks (vergleiche Kapitel 5.2.2) sowie bei nicht verkammerten Berufen beim Gesundheitsamt (vergleiche Kapitel 5.3.2) eingereicht werden.

- Bei Aufklärungs- oder Behandlungsfehlern, die mit negativen gesundheitlichen Folgen verbunden sind: telefonische Beratungsangebote der Krankenkassen zu Behandlungsfehlern, ansonsten schriftliche Beschwerde inklusive Gedächtnisprotokoll zum Aufklärungs- oder Behandlungsfehler im Sinne des Patient*innenrechtegesetzes bei den Krankenkassen. Die Krankenkassen beauftragen dann eine Begutachtung auf Aktenlage bei den Medizinischen Diensten der Länder und/oder die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Ärztekammern werden kontaktiert. Die Gutachterkommissionen der Kammern können auch direkt von Patient*innen kontaktiert werden (vergleiche Kapitel 3.3 und 5.3.4).

Bei Beschwerden bei K(Z)V und Kammern führt die Meldung zu internen Bearbeitungs- und gegebenenfalls Sanktionierungsschritten. Für Patient*innen ist somit mit der Meldung der Beschwerdeprozess in der Regel abgeschlossen. Mit einer Entschädigung der Betroffenen sind die formalen Beschwerdeprozesse jedoch im Vergleich zur Anwendung des AGG nicht verbunden, es sei denn, es kann ein Behandlungsfehler nachgewiesen werden (vergleiche Kapitel 3.1).

Beschwerdeverfahren

Neben den berufsrechtlichen Verfahren gibt es in den Krankenhäusern, bei den Patient*innenbeauftragten der Länder, teilweise bei den Rehakliniken und Kammern **individuelle Beschwerdeverfahren** für Patient*innen (vergleiche Kapitel 5.1.1 und 5.2.1 zu den Ergebnissen der Onlinebefragung). Das heißt, dass die Anliegen der Patient*innen aufgenommen und dokumentiert werden, dass bei Schweigepflichtsentbindung durch die Betroffenen bei den Beschuldigten Stellungnahmen eingefordert werden und eine Klärung des Sachverhalts angestrebt wird. Die Klärung kann zu einer Fortführung oder Ausweitung der Behandlung führen, schriftliche oder mündliche Entschuldigungen der Leitung oder der Beschuldigten umfassen, ein Antwortschreiben der Beschwerdestelle an die Betroffenen mit dem Ergebnis der Stellungnahme oder über ergriffene Maßnahmen darstellen. In Einvernehmen mit den Betroffenen und Beschuldigten/Vorgesetzten kann zudem ein persönliches Gespräch veranlasst werden, gegebenenfalls unter Beteiligung der Ansprechpartner*innen der Anlauf- oder Beschwerdestelle oder weiterer Beteiligter (zum Beispiel Menschenrechts- oder Ethik-Beauftragten). Inhaltlich werden bei den Beschwerdeverfahren je nach Anliegen der Betroffenen unterschiedliche Ziele verfolgt: Einerseits kann es darum gehen, eine Beschwerde vorzubringen, eine Stellungnahme zu erhalten und eine **Anerkennung des Anliegens** zu erzielen oder Sanktionen zu erreichen. Andererseits kann es darum gehen, eine **verweigte medizinische Behandlung zu erhalten** oder eine **mangelhafte Versorgungslage zu verbessern, zum Beispiel durch den Abbau von Barrieren** (Sprache, Mobilität, et cetera). Wie systematisch oder vollumfänglich diese Beschwerdeverfahren **im Falle von Diskriminierung** und in Bezug auf verschiedene Diskriminierungsmerkmale und -formen bisher Anwendung finden, kann anhand der vorliegenden Untersuchung nicht bewertet werden. Deutlich wurde jedoch, dass die bestehenden Beschwerdeverfahren in der Regel nicht explizit und systematisch in Bezug auf Diskriminierung von den Einrichtungen ausgestaltet worden sind, das heißt, es gibt keine genauen Vorgaben, wie in Fällen von Beschwerden zu Diskriminierung vorgegangen werden soll, wer bei der Klärung der Fälle einbezogen werden kann, an welche externen Unterstützungs- beziehungsweise Beratungsstellen verwiesen werden kann, oder zum Einsatz von Dolmetscher*innendienstleistungen bei Patient*innenanfragen in den Anlauf- und Beschwerdestellen. Auch wird den Ansprechpartner*innen der Anlauf- und Beschwerdestellen nicht systematisch durch **Schulungen** Wissen zu einem professionellen Diskriminierungsverständnis und zum Umgang mit Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen vermittelt, das zum Beispiel auch ein systematisches Aufdecken von Diskriminierung im Gespräch erlauben würde.

Die Anliegen der Patient*innen können im Gesundheitswesen sehr individuell sein, sodass viele der befragten Expert*innen **mündliche** Beschwerdeprozesse im Gesundheitswesen für geeigneter ansehen als **schriftliche**, zumindest im ersten Schritt. Darüber hinaus werden Beschwerdeprozesse für wirksamer eingeschätzt, wenn die Person, die die Anfrage bearbeitet, sich **aktiv** an dem Prozess beteiligt, das heißt diesen persönlich begleitet. Das beginnt bei der Zielfindung für die Beratung beziehungsweise Beschwerde, bei der Suche geeigneter Ansprechpersonen oder Institutionen bis hin zu persönlichen Nachfragen zum Sachstand und gegebenenfalls einer stellvertretenden Beschwerdeeinreichung durch die beratende Person oder Teilnahme an gemeinsamen Gesprächen der beiden Parteien. Eine solche Begleitung wollen auch Betroffenenverbände leisten, können dies jedoch nach eigener Aussage nur sehr begrenzt umsetzen, da sie überwiegend ehrenamtlich tätig sind, in diesem Rahmen für viele Tätigkeitsbereiche verantwortlich sind und gegebenenfalls die Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten des Gesundheitswesens nicht hinreichend kennen. Solange das Gesundheitswesen nur in Einzelfällen eine solche Begleitung der Betroffenen durch in Diskriminierung geschultes Personal anbietet (Ärztammer Hessen), ist eine ergänzende Verweisberatung an Antidiskriminierungsberatungsstellen sinnvoll. Diese Verweisberatung kann durch die Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens oder die Betroffenenverbände erfolgen.

Kammern und Krankenhäuser setzen sich nach eigener Aussage zunehmend in Projekten für Maßnahmen für einen **diskriminierungsfreien Zugang** zur Versorgung für Patient*innen ein, zum Beispiel Informationskampagnen zu Barrierefreiheit in Praxen niedergelassener (Zahn-) Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen, politisches Engagement zu Regelungen zum Einsatz von Dolmetscher*innen, Benennung von Antidiskriminierungsbeauftragten in der eigenen Institution oder Fortbildungen der Gesundheitsberufe zu Antidiskriminierung. In welchem Ausmaß diese Maßnahmen in den Einrichtungen verfolgt werden und inwieweit dadurch Benachteiligung im Sinne der im AGG definierten Diskriminierungsmerkmale und -formen umfassend aufgegriffen werden, kann in der vorliegenden Studie nicht beantwortet werden.

Benannt wurden in der Studie von den Betroffenenverbänden und (Antidiskriminierungs-) Beratungsstellen mehrere Aspekte struktureller Diskriminierung im Gesundheitswesen, die sich der individuellen Beschwerde entziehen (vergleiche Kapitel 4):

- Behandlungsausschlüsse aufgrund von Altersgrenzen oder bei chronischen Erkrankungen, insbesondere demenziellen Erkrankungen,
- Begrenzung der Krankenbehandlung/Krankenversicherung aufgrund des Aufenthaltsstatus, das heißt, dass nur eine Notfallbehandlung erstattet wird,
- Regelungen zu Geschlechtsangleichungen bei transgeschlechtlichen Personen,
- Diskriminierung aufgrund des Gewichts und des sozialen Status,
- Umgang mit Frauen in frauenspezifischen Bereichen: zum Beispiel Geburt oder bei Krankheiten, die nur Frauen betreffen, wie Endometriose.

Für Personen, die sich strukturell diskriminiert fühlen, ist es vermutlich noch schwieriger als für andere Betroffene, Anlauf- und Beschwerdestellen zu finden, die sich ihrem Anliegen annehmen. Zuständigkeiten können in diesen Fällen weiter weg liegen (zum Beispiel bei der Gesetzgebung), bestehende Anlauf- und Beratungsstellen sind auf die individuelle Problemlösung fokussiert, haben aber gegebenenfalls nicht immer die Befugnis, strukturelle Maßnahmen zu ergreifen, oder haben gegebenenfalls einen unzureichenden Handlungsspielraum aufgrund bestehender Regelungen beziehungsweise gesetzlicher Rahmenbedingungen.

Forschungsbedarf besteht hinsichtlich der Untersuchung der **flächendeckenden Qualität** der Beschwerdeprozesse in den Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens sowie in den Stellen, die die Berufsaufsicht innehaben, im Fall von Diskriminierung. Dies gilt ebenso für die Qualität entsprechender Antidiskriminierungsmaßnahmen (zum Beispiel hinsichtlich der Schulungsinhalte, Richtlinien, Interventionen). Auch der **Stand des diskriminierungsfreien Zugangs zur Gesundheitsversorgung und einer diskriminierungssensiblen Arbeit** in der gesundheitlichen Versorgung ist näher zu untersuchen.

Information über und Zugang zu Beratung und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrungen

Die Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens informieren nur in Ausnahmefällen auf Internetseiten oder Informationsbroschüren über ihre Zuständigkeit im Fall von Diskriminierungserfahrungen (vergleiche Kapitel 5.1.1, 5.2.1 und 5.3.1 zu den Ergebnissen der Onlinebefragung), obwohl sie nach eigener Auskunft entsprechende Anfragen bearbeiten. Anlaufstellen, die explizit darüber informieren, dass sie im Fall zum Beispiel von rassistischer Diskriminierung/Rassismus oder Missbrauch Ansprechpartner*in für Patient*innen sind, berichten in der Onlinebefragung sowie der Fallstudie, dass die Anfragen mit Diskriminierungsbezug häufiger auftreten, seit sie entsprechend **explizit benannte Ansprechpartner*innen** berufen haben (vergleiche Kapitel 5.2.2 Fallstudie Kammern). Auch die Betroffenenverbände und (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen, die im Rahmen der vorliegenden Studie zur Betroffenenperspektive berichtet haben, beschreiben die Intransparenz der Zuständigkeit bei Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitsbereich als wesentliche Hürde für Betroffene, sich beraten zu lassen oder Beschwerden vorzubringen (vergleiche, Kapitel 4.1). Dementsprechend kommen deutlich weniger Anfragen zu Diskriminierungserfahrungen bei den Anlaufstellen des Gesundheitsbereichs an, als es die Studienlage zur Häufigkeit erlebter Diskriminierung in der Bevölkerung erwarten ließe (vergleiche Kapitel 5.1.1, 5.2.1 und 5.3.1 zu den Ergebnissen der Onlinebefragung).

Es ist daher davon auszugehen, dass unabhängig von der Qualität der Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten ein **Defizit an Informationen zur Zuständigkeit der Anlauf- und Beschwerdestellen für Diskriminierungserfahrungen** besteht. Dies gilt im Innen- wie im Außenverhältnis, das heißt für Patient*innen sowie für Mitarbeiter*innen fehlen Informationen, wo sie sich bei Diskriminierungserfahrungen beraten lassen und beschweren können. Mitarbeiter*innen in Krankenhäusern stehen in der Regel Schulungen und Richtlinien zur Anwendung des AGG bei Einstellung zur Verfügung, jedoch nur hinsichtlich des Diskriminierungsschutzes der Mitarbeiter*innen, nicht jedoch zum diskriminierungssensiblen Umgang mit Patient*innen und zu Vorgehensweisen und Konsequenzen bei diskriminierendem Verhalten gegenüber Patient*innen.

Die fehlende Information zur Zuständigkeit für Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierungserfahrung geht einher mit unzureichendem Informationsmaterial zu den Beschwerdemöglichkeiten und damit verbundenen Beschwerdewegen und Sanktionsmöglichkeiten, sodass eine **Eigenrecherche** und Selbsthilfe der betroffenen Patient*innen nur sehr eingeschränkt erfolgen kann. Betroffene von Diskriminierung im Gesundheitsbereich können somit in der Regel auf der Basis von Internetrecherchen keine informierte Entscheidung treffen, ob und falls ja, welchen konkreten Beratungs- oder Beschwerdeweg sie bei Diskriminierungserfahrungen wählen können/wollen, und sind somit auf Beratung durch Anlauf- und Beschwerdestellen außerhalb des Gesundheitswesens angewiesen, die sich explizit für Diskriminierung zuständig erklären, wie zum Beispiel die zivilgesellschaftliche Antidiskriminierungsberatung. Dieser Mangel an gezielten und transparenten Informationen zu Angeboten bei Beratung und

Beschwerdemöglichkeiten beziehungsweise -abläufen und -wegen besteht für alle Betroffenen von Diskriminierung im Gesundheitsbereich, unabhängig von Diskriminierungsmerkmalen und -formen. Hinzu kommen teilweise Kommunikations- und Sprachbarrieren, die die Situation verschärfen können (fehlende mehrsprachige Information, fehlende Information in Leichter Sprache et cetera).

Umgang mit Diskriminierungserfahrungen

Es gibt zwar die genannten Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten, die dem Patient*innenschutz dienen, diese sind auch im Falle von Diskriminierung zuständig, jedoch, wie die Befragungen zeigen, nicht systematisch in Antidiskriminierung geschult. Hinsichtlich des **Umgangs mit Diskriminierungserfahrungen** ist das Vorgehen der Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens daher **in der Regel unsystematisch**. Zudem sind einzelne Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten **nicht immer flächendeckend verfügbar**.

Die Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens geben auf Nachfrage an, für Diskriminierungserfahrungen zuständig zu sein und entsprechende Anfragen zu bearbeiten. Sie **informieren jedoch in der Regel nicht über ihre Zuständigkeit (vergleiche Kapitel 3)**.

Einerseits gibt es in den vielen Beratungs- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens, die sich explizit an Patient*innen richten, häufig **umfangreiche kommunikative, psychosoziale Kompetenzen** (zum Beispiel bei der UPD, Anfragen von Patient*innen empathisch aufzunehmen und zu Lösungswegen zu beraten) **sowie Interventionsmöglichkeiten**. Kammern verfolgen Verstöße gegen die Berufsordnung, die für Patient*innen relevant sind, im Interesse der Patient*innen und hören Betroffene dazu an. Patient*innenbeauftragte und Beschwerdemanager*innen und Patient*innenfürsprecher*innen in den Krankenhäusern setzen sich umfangreich für die Interessen und Rechte der Patient*innen ein (vergleiche Fallstudien Kapitel 5.1.2). Andererseits **fehlen in der Regel spezifische Konzepte oder Richtlinien zum Umgang mit Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen**. Diskriminierung wird von den Anlauf- und Beschwerdestellen als Anlass der Patient*innenanfragen in der Regel zudem nicht systematisch dokumentiert, in Ausnahmefällen, wie zum Beispiel beim Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf oder bei den Ärztekammern in Hamburg und Hessen, werden Fälle von Rassismus und sexuellem Missbrauch als Beschwerdeanlass dokumentiert und es besteht ein Wissens- und Erfahrungshintergrund zu Diskriminierung beziehungsweise Antidiskriminierung.

Die Anlauf- und Beschwerdestellen verfügen in der Regel nicht über systematische Vorgehensweisen, Erfahrungen, die Personen, die an sie herantreten, gemacht haben, als Diskriminierung zu adressieren. Sie sind demnach bei Diskriminierung in erster Linie reaktiv und darauf angewiesen, dass die betroffenen Patient*innen die Diskriminierung selbst klar benennen können. Durch die fragmentierte Zuständigkeit für Patient*innenanliegen kann es bei einer unzureichenden Einordnung der Diskriminierungserfahrung in die Beschwerdeanlässe des Gesundheitswesens zudem zu einem gegenseitigen Verweisen der Stellen kommen, ohne dass eine Stelle das Anliegen der Patient*innen hinsichtlich der Diskriminierungserfahrung herausarbeitet und gemeinsam mit den Patient*innen verfolgt.

Der Diskriminierungsschutz für Patient*innen beruht im Gesundheitswesen nach Auskunft der Befragten nicht auf dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz (AGG), sondern wird implizit über andere rechtliche Grundlagen „mitbearbeitet“ als Verstöße gegen die Berufsordnung, gegebenenfalls auch gegen vertragsärztliche Pflichten oder Patient*innenrechte sowie gegen das Straf- und

Datenschutzrecht. (vergleiche Kapitel 3.1). Der Bezug zum AGG wird nur bei Diskriminierung von Mitarbeiter*innen gesehen.

Insbesondere für **strukturelle Diskriminierungsrisiken** im Gesundheitswesen, wie zum Beispiel fehlende Barrierefreiheit von Praxen niedergelassener (Zahn-)Ärzt*innen oder Psychotherapeut*innen oder Festlegungen der Leistungen, die von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden, gibt es keine Anlauf- oder Beschwerdestellen für Patient*innen beziehungsweise keine entsprechenden Zuständigkeiten. Weitere Beispiele struktureller Diskriminierungsrisiken sind fachlich ungerechtfertigt hohe Kaiserschnittquoten oder fehlende medizinische/therapeutische Expertise in Ausbildung und Forschung für spezifische, von Diskriminierung verstärkt betroffene Personengruppen, zum Beispiel unzureichende Kenntnisse des medizinischen Fachpersonals über Krankheitsbilder, die außerhalb Deutschlands häufig auftreten (Bartig et al. 2021). Kammern setzen sich zum Beispiel in Projekten und Kampagnen für verschiedene Aspekte eines diskriminierungsfreien Zugangs zum Gesundheitswesen ein (vergleiche Fallstudien zu den Kammern Kapitel 5.2.2). Auch für weitere strukturelle Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen, die für die bestehenden Anlauf- und Beschwerdestellen relevant sind, wie Benachteiligungen aufgrund von **Personalengpässen oder starken zeitlichen Restriktionen**, fehlt gegebenenfalls in den Anlauf- und Beschwerdestellen ein entsprechend umfassendes Diskriminierungsverständnis, das auch nichtintentionale Diskriminierung einschließt.

In der Literatur zu Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen sind neben Herabwürdigungen auch viele Diskriminierungsformen mit Folgen für die Gesundheit der Betroffenen beschrieben, die sich auf Versäumnisse in der Diagnostik oder der Behandlung beziehen, zum Beispiel Behandlung von Frauen nach Herzinfarkt, Diagnostik von Depressionen bei Männern, körperliche Diagnostik psychisch erkrankter Personen oder Verweigerung gynäkologischer sowie urologischer Untersuchungen bei Trans* und Inter*Personen, die aufgrund der Anatomie erforderlich sind (Bartig et al. 2021). Dem im Rahmen der Fallstudie befragten Medizinischen Dienst nach ergeben sich keinerlei Anhaltspunkte oder Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Behandlungsfehlern und Diskriminierungsmerkmalen. Behandlungsfehler werden jedoch in den entsprechenden Anlauf- und Beschwerdestellen der Krankenkassen und der Kammern gegebenenfalls nur anhand der gesundheitlichen Folgen bewertet und entsprechend nicht hinsichtlich begleitend bestehender Diskriminierungsproblematiken dokumentiert. Es kann im Rahmen der vorliegenden Studie keine abschließende Aussage darüber getroffen werden, ob die Verantwortlichen bei den Krankenkassen und Kammern bei Behandlungsfehlern in der Bearbeitung der Fälle etwaige Diskriminierungserfahrungen aufgreifen. Sollte mit einer Diskriminierungserfahrung gesundheitlicher Schaden verbunden sein, können Betroffene die Verfahren zu Aufklärungs- und Behandlungsfehlern in Anspruch nehmen.

Möglichkeiten der Rechtsdurchsetzung bei Diskriminierung bei den Anlauf- und Beschwerdestellen

Grundlage des rechtlichen Diskriminierungsschutzes von Patient*innen im Gesundheitswesen ist nach Auskunft der Anlauf- und Beschwerdestellen **nicht das AGG, sondern sind in Bezug auf die Patient*innen im Wesentlichen spezifische Paragraphen in den Berufsordnungen der Gesundheitsberufe** sowie bei spezifischen Diskriminierungsformen wie Behandlungsverweigerung oder Schlechterbehandlung die **Pflichten der an die gesetzliche Krankenversicherung vertraglich gebundenen Praxen sowie die Patient*innenrechte, die mit dem Behandlungsvertrag verbunden sind** (vergleiche Kapitel 3.1). Für jeden Gesundheitsberuf wird in den Berufsordnungen mit jeweils leicht abweichenden Formulierungen Diskriminierung von Patient*innen ausgeschlossen

(vergleiche Fallstudie Kammern Kapitel 5.2.2 und Fallstudie Hebammenverband Kapitel 5.2.2). Ähnlich wie im AGG werden in den Berufsordnungen neben allgemeinen Vorgaben auch einzelne Diskriminierungsmerkmale und -formen benannt. Oft sind jedoch auch pauschale Diskriminierungsverbote enthalten, sodass keine Diskriminierungsmerkmale und -formen explizit ausgenommen sind (zum Beispiel „oder jeglicher anderer Faktoren“, Genfer Gelöbnis, vergleiche Kapitel 5.2.2).

Die befragten Einrichtungen des Gesundheitswesens halten die rechtlichen Handlungsmöglichkeiten im Fall von Diskriminierung für ausreichend. Neben der Berufsordnung werden das Strafrecht (zum Beispiel im Falle von unterlassener Hilfeleistung, Beleidigung) und das Datenschutzrecht als wesentliche Rechtsgrundlagen zum Diskriminierungsschutz angesehen und in der Beratung der Betroffenen in Betracht gezogen. Diskriminierung, die zu gesundheitlichem Schaden bei den Betroffenen führt, kann in den Verfahren im Rahmen der Patient*innenrechte gegen Aufklärungs- und Behandlungsfehler geahndet werden. Das AGG ist zwar dem Großteil der Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens in Bezug auf Arbeitnehmer*innenrechte bekannt, wird von den Ansprechpartnern des Gesundheitswesens jedoch nicht als relevante Rechtsgrundlage bei Diskriminierung von Patient*innen genannt, auch nicht im Falle von Rassismus oder sexueller Belästigung.

Mit den Berufsordnungen als zentrale rechtliche Grundlagen des Diskriminierungsschutzes im Gesundheitswesen gehen wesentliche Unterschiede in den **Möglichkeiten der Rechtsdurchsetzung** bei Anfragen und Beschwerden mit Diskriminierungsbezug einher:

1. Beschwerdestellen zur Rechtsdurchsetzung des Diskriminierungsverbots in der Berufsordnung gibt es nur bei den verkammerten Berufen. Es ist unklar, ob es bei Gesundheitsämtern zu berufsrechtlichen Vermerken oder Verfahren kommt, wenn Beschwerden von Patient*innen bei den Gesundheitsämtern als Berufsaufsicht gemeldet werden.
2. Es bestehen in der Berufsordnung keine Regelungen zur Beweislastumkehr oder -erleichterung wie im AGG; sodass der Diskriminierungstatbestand gegebenenfalls nur schwer nachgewiesen werden kann und somit selten (schwerwiegende) Konsequenzen nach sich zieht.
3. In den Berufsordnungen werden teilweise mehr oder pauschalere Diskriminierungsmerkmale als im AGG geahndet, sodass sie einen breiteren Anwendungsbereich aufweisen.
4. Es besteht für Patient*innen in der Anzeige eines Verstoßes gegen die Berufsordnung keine Anzeigefrist wie im AGG.
5. Das berufsrechtliche Verfahren wird von der jeweiligen Berufsaufsicht gegen die Beschuldigten geführt, das heißt, es kann nicht im Auftrag des Betroffenen ermittelt werden. Im Ergebnis können Strafen für die Beschuldigten bis hin zum Berufsverbot erwirkt werden. Für die Betroffenen werden jedoch keine Ansprüche auf Schadensersatz oder Entschädigung für die Betroffenen wie im AGG erwirkt. Auch die Informationspflicht gegenüber den Betroffenen zu dem Verfahren besteht nur sehr eingeschränkt.

Somit bieten die Berufsordnungen insbesondere bei den verkammerten Berufen weitreichende berufsrechtliche Konsequenzen in Bezug auf diskriminierendes Verhalten, jedoch keine Anerkennung oder Entschädigung für Betroffene. Aus Betroffenenensicht sind die Verfahren jedoch intransparent und insbesondere bei diskriminierendem Verhalten im Eins-zu-eins-Kontakt der Gesundheitsversorgung oft schwer nachweisbar. Die Hürden für das Verfahren können demnach als hoch angesehen werden. Gleichzeitig geben die Kammern an, dass sie Verursacher*innen gegebenenfalls nur dann berufsgerichtlich sanktionieren können, wenn Eingaben von mehreren Patient*innen vorliegen. Betroffene sollten daher ermutigt werden, Diskriminierungserfahrungen bei den

Kammern zu melden. Auch wenn sie keine oder nur sehr formale Rückmeldungen erhalten, ist es für Betroffene gegebenenfalls dennoch hilfreich, da Betroffene nach Aussage der Betroffenenverbände häufig auch das Motiv verfolgen, durch ihre Beschwerde andere Patient*innen vor zukünftiger Diskriminierung zu schützen. Zudem bestehen bei den Kammern vielfältige vorgerichtliche Möglichkeiten, gegen diskriminierendes Verhalten ihrer Mitglieder vorzugehen (ermahnende Briefe und Gespräche, Rügen mit/ohne Geldbuße, Vorgaben für Fortbildungsmaßnahmen).

Es besteht **weiterer Forschungsbedarf**, welcher Diskriminierungsschutz durch weitere Möglichkeiten der Rechtsdurchsetzung bei Diskriminierung im Gesundheitswesen Wirkung entfalten könnte, wenn diese bekannter wären. Neben der Prüfung des AGG als gültige Rechtsgrundlage auch für Diskriminierung von Patient*innen ist zu untersuchen, welchen Diskriminierungsschutz die **Patient*innenrechte** bieten, die für Aufklärungs- und Behandlungsfehler auch Schadensersatzansprüche und Beweislastleichterungen sowie Schlichtungsverfahren vorsehen. Fälle von Verweigerung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen und Verweigerung einer medizinischen Leistung kommen bei den Anlauf- und Beschwerdestellen der Selbstverwaltung in seltenen Fällen als Beschwerde an (vergleiche Kapitel 5.2.1). Inwiefern dabei in der Folge bei den K(Z)Ven Disziplinarverfahren aufgrund der **Verletzung der vertragsärztlichen Pflichten** vorkommen, ist nicht bekannt. Ferner ist der Einsatz des **Strafrechts** und des **Datenschutzrechts** als systematische Möglichkeit des Diskriminierungsschutzes im Gesundheitswesen zu untersuchen und gegebenenfalls in der Antidiskriminierungsberatung zu verankern. Die Betroffenenverbände berichten, dass das Datenschutzrecht ihrer Erfahrung nach bereits wirksam bei Diskriminierung im Gesundheitswesen eingesetzt wurde (vergleiche Kapitel 4).

7 Handlungsmöglichkeiten für ein verbessertes Beratungs- und Beschwerdeangebot bei Diskriminierungsfällen im Gesundheitswesen

Auf der Grundlage der Studienergebnisse lassen sich Handlungsmöglichkeiten ableiten, um das Beratungs- und Beschwerdeangebot für Menschen, die im Gesundheitswesen Diskriminierung erleben, zu verbessern.

Die Handlungsmöglichkeiten folgen vier übergeordneten Zielen:

1. den Zugang zu den bestehenden Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten im Gesundheitswesen für Betroffene von Diskriminierung verbessern,
2. die Anlaufstellen im Umgang mit Diskriminierung professionalisieren,
3. die Beratungs- und Beschwerdeverfahren in eine Gesamtstrategie zur Prävention und zum Umgang mit Diskriminierung in den jeweiligen Institutionen einbetten und
4. die rechtlichen Möglichkeiten für Betroffene von Diskriminierung erweitern.

7.1 Ziel 1: Den Zugang zu Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten im Gesundheitswesen verbessern

Die Erhebungen zeigen: Im Gesundheitswesen gibt es vielfältige Strukturen, die auch Anfragen und Beschwerden zu Diskriminierungserfahrungen bearbeiten. Allerdings wenden sich nur wenige Menschen an sie. Und Betroffenenverbände und (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen äußern sich unzufrieden über den Zugang zu ihnen.

Handlungsmöglichkeiten

1. Gezielt über Beratungs- und Beschwerdemöglichkeiten informieren

Die Anlauf- und Beschwerdestellen der Krankenhäuser, Rehakliniken und der Kammern sollten in ihren Informationsmaterialien gezielt und transparent darüber informieren, dass sich Patient*innen im Diskriminierungsfall an sie wenden können. Mögliche Kommunikationskanäle sind Internetseiten, Social-Media-Kanäle und vor Ort ausliegende Materialien wie Flyer und Aushänge.

Informiert werden sollte insbesondere über

- die Art der Unterstützung,
- konkrete Angebote und Möglichkeiten im Beschwerdeverfahren,
- Ablauf und mögliche Ergebnisse des Beratungs- und Beschwerdeverfahrens sowie
- die in der Anlauf- und Beratungsstelle tätigen, für Diskriminierungsfälle zuständigen Ansprechpartner*innen. Hierzu könnten diese auch explizit als Antidiskriminierungsbeauftragte benannt werden.

2. Systematische Befragung in Bereichen mit erhöhtem Diskriminierungsrisiko etablieren

Betroffene, die sich im Gesundheitswesen zu Diskriminierungserfahrungen beraten lassen oder eine Beschwerde einreichen möchten, sind mit großen Hürden konfrontiert. Beispielsweise befürchten manche, dass eine Beschwerde ihre aktuelle oder zukünftige Behandlung beeinträchtigen könnte. Daher sollten Beratungs- und Beschwerdeangebote leichter zugänglich sein.

Für Bereiche der Gesundheitsversorgung, in denen nach Studienlage ein erhöhtes Diskriminierungsrisiko besteht, sollten aktive Feedbackformate etabliert werden – insbesondere in größeren Organisationen wie Krankenhäusern oder Rehakliniken. Patient*innen könnten beispielsweise

- bei der Entlassung,
- nach aufklärungsintensiven Behandlungen oder
- nach Geburten

explizit und systematisch nach Benachteiligungen befragt werden, entweder persönlich oder über Fragebögen. Diese Befragung sollte auch in einfacher Sprache sowie in Fremdsprachen angeboten werden. Wenn Patient*innen Diskriminierungserfahrungen schildern, sollte anschließend eine Beratung erfolgen.

3. Persönliche Beratung und Beschwerdebearbeitung flächendeckend sicherstellen

Nur in einigen Bundesländern sind für Patient*innen, die Diskriminierung in Praxen niedergelassener Gesundheitsberufler*innen erfahren haben, persönliche Ansprechpartner*innen erreichbar. Eine persönliche Beratung ist vor allem deshalb wichtig, da Informationen einfach vermittelt und Sachverhalte, Ansprüche und Ziele der Betroffenen direkt geklärt werden können. Insbesondere lässt sich im persönlichen Gespräch erörtern, welche Unterstützung die Betroffenen suchen – von der Organisation klärender Gespräche mit den Beteiligten bis zur Suche nach alternativen Möglichkeiten, ihre Behandlung fortzusetzen.

Persönliche, individuelle Beratung und Unterstützung sollte im Bundesgebiet flächendeckend verfügbar sein, beispielsweise durch

- Patient*innenbeauftragte in allen Bundesländern oder
- Ansprechpartner*innen der Gesundheitsämter, die für die Berufsaufsicht zuständig sind.

Dies wäre entsprechend in den Ländergesetzen zu implementieren. Nach Vorbild der Ärztekammer Hessen könnten auch in weiteren Bundesländern Ombudspersonen für Patient*innen für spezifische Diskriminierungsmerkmale eingesetzt werden.

4. (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen und Betroffenenverbände über Rechte von und Anlaufstellen für von Diskriminierung betroffene Patient*innen informieren

Um Menschen, die sich wegen Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen an sie wenden, bestmöglich beraten zu können, müssen (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen und Betroffenenverbände die Anlaufstellen, Beschwerdewege und Zuständigkeiten im Gesundheitswesen kennen. Betroffene sollten auch durch die (Antidiskriminierungs-)Beratungsstellen und Betroffenenverbände ermutigt werden, sich an Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens zu wenden, um sich zu beschweren oder sich Rat zu holen. Sie sollten daher gezielt darüber informiert werden,

- welche Anlauf- und Beschwerdestellen für die jeweiligen Beratungs- oder Beschwerdebedarfe der Betroffenen passend sein können, etwa die Kammern, das Gesundheitsamt, Patient*innenbeauftragte oder die Unabhängige Patientenberatung Deutschland, und
- welche Rechtsgrundlagen jenseits des AGG bei Diskriminierung im Gesundheitswesen einschlägig sind.

Hierzu könnte zum Beispiel in Zusammenarbeit mit dem Patient*innenbeauftragten des Bundes eine Handreichung herausgegeben werden.

7.2 Ziel 2: Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens im Umgang mit Diskriminierung professionalisieren

Die Onlinebefragung sowie die Expert*inneninterviews zeigen, dass sich viele Ansprechpartner*innen in den Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens möglichst sensibel für die Belange von diskriminierten Patient*innen einsetzen wollen. Ihnen fehlen jedoch Schulungen zu dem Thema sowie ein einheitliches Verständnis von Diskriminierung, das dem aktuellen rechtlichen und sozialwissenschaftlichen Stand entspricht. Dies prägt auch die Herangehens- und Arbeitsweise der einzelnen Stellen.

Handlungsmöglichkeiten

5. In den Anlauf- und Beschwerdestellen des Gesundheitswesens das Wissen über und Verständnis von Diskriminierung schärfen

Ansprechpersonen in Anlauf- und Beratungsstellen benötigen ein differenziertes Verständnis von dem, was Diskriminierung im Gesundheitssystem umfassen kann. Nur so können sie in ihrer Arbeit mit ratsuchenden Patient*innen Diskriminierungsfälle erkennen und bearbeiten.

Ein differenziertes Verständnis von Diskriminierung kann außerdem dazu beitragen, dass Diskriminierung nicht nur als ein individuelles, sondern auch als strukturelles Problem wahrgenommen wird, dem mit gezielten Präventionsmaßnahmen begegnet werden kann. Hierbei könnten übergeordnete Institutionen wie die Gesundheitsämter oder die Kammern eine Vorreiterrolle einnehmen.

Insbesondere sollte in den Anlauf- und Beschwerdestellen das Wissen darüber geschärft werden,

- welche unterschiedlichen Diskriminierungsformen im Gesundheitswesen auftreten können, inklusive institutioneller und struktureller Diskriminierung;
- welche Diskriminierungsdimensionen das AGG schützt und welche darüber hinaus existieren und was intersektionale Diskriminierung umfasst;
- was typische Fallkonstellationen im Gesundheitsbereich sind sowie
- welche Ungleichbehandlungen in einem Behandlungskontext sachgerecht sein könnten beziehungsweise unter welchen Bedingungen Diskriminierungsvorwürfe als ungerechtfertigt zurückgewiesen werden könnten.

Um dieses Wissen und gemeinsame Positionen zu erarbeiten, kann es sinnvoll sein, externe Expert*innen und Antidiskriminierungsberatungsstellen hinzuzuziehen.

6. Systematische Schulung der Anlauf- und Beschwerdestellen zu Standards von Antidiskriminierungsberatung und Beschwerdebearbeitung

Die Institutionen, die im Gesundheitswesen Beschwerden oder Beratungsanfragen entgegennehmen, sollten ihre Ansprechpartner*innen für Patient*innenbelange systematisch dazu ausbilden, professionell mit Betroffenen von Diskriminierung umzugehen. Dazu sollten verbindliche Schulungen etabliert und durchgeführt werden.

Die Schulungsinhalte sollten in Zusammenarbeit mit Betroffenenorganisationen, Antidiskriminierungsberatungsstellen und anderen Expert*innen für Diskriminierung im Gesundheitsbereich entwickelt werden. Sie sollten sich optimalerweise in Richtlinien zum Umgang mit Diskriminierung von Patient*innen widerspiegeln (vergleiche Ziel 3).

7.3 Ziel 3: Beratungs- und Beschwerdeverfahren in eine Gesamtstrategie zur Prävention von und zum Umgang mit Diskriminierung in den jeweiligen Institutionen einbetten

Wenn in einer Institution eine Gesamtstrategie zum Umgang mit Diskriminierung fehlt, ist es schwerer für Betroffene, Diskriminierung zu thematisieren. Dies gilt für Patient*innen, aber auch für Beschäftigte des Gesundheitswesens. Zugleich wird Personen, die sich diskriminierend verhalten, nicht klar signalisiert, dass Diskriminierung in der Institution unerwünscht ist und geahndet wird. Viele der in Studien identifizierten Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen sind zudem struktureller oder institutioneller Natur, manche werden durch externe Faktoren wie mangelhafte Finanzierung (mit)verursacht. Daher sollten die Institutionen des Gesundheitswesens Gesamtstrategien zur Prävention von und Umgang mit Diskriminierung entwickeln, zu denen auch Beratungs- und Beschwerdeverfahren gehören.

Handlungsmöglichkeiten

7. Richtlinie oder Dienstvereinbarungen zur Prävention von und Umgang mit Diskriminierung in den Krankenhäusern, Rehakliniken, den Institutionen der Selbstverwaltung und den Gesundheitsämtern erlassen oder anpassen

Um aktiv gegen Diskriminierung vorgehen zu können, brauchen Institutionen des Gesundheitswesens klare Zielsetzungen und Handlungsansätze. Daher sollten Dienstvereinbarungen oder Richtlinien zum Diskriminierungsschutz für zum Beispiel Krankenhäuser oder auch größere Arztpraxen sowie Kammern und weitere Organisationen der Selbstverwaltung des Gesundheitswesens erlassen werden. Diese können auch dazu beitragen, Unsicherheiten auf Seiten der Beschäftigten im Gesundheitswesen im Umgang mit Diskriminierung zu reduzieren.

Die Richtlinien oder Dienstvereinbarungen sollten festlegen

- was unter Diskriminierung im Allgemeinen und in Bezug auf die konkrete Organisation/ Institution zu verstehen ist,
- welche Vorgehensweisen umgesetzt werden, wenn Beschäftigte oder Patient*innen diskriminiert werden,
- welche Stellen/Personen in der Institution a) für die Beratung von Patient*innen beziehungsweise Beschäftigten und b) für die Bearbeitung konkreter Beschwerden bei Diskriminierung zuständig sind,
- wie anonyme Beschwerden angebracht und aufgegriffen werden können sowie
- welche konkreten Maßnahmen zur Prävention von Diskriminierung ergriffen werden (zum Beispiel Schulungen und Professionalisierung von Beschäftigten).

Bestehende Richtlinien oder Dienstvereinbarungen zu Diskriminierung, die sich bisher nur oder überwiegend auf die Diskriminierung von Angestellten beziehen (vergleiche zum Beispiel Charité 2017), sollten um Vorgehensweisen und Zuständigkeiten für von Diskriminierung betroffene Patient*innen ergänzt werden. In die Richtlinien oder Dienstvereinbarungen können die Aufgaben der Anlauf- und Beschwerdestellen integriert werden. Sie könnten in Zusammenarbeit beziehungsweise mit Unterstützung der Antidiskriminierungsstelle des Bundes oder der Länder erarbeitet werden.

Für kleinere Einheiten, wie zum Beispiel ärztliche, psycho- oder physiotherapeutische Praxen, sollte eine Kommission zentral Richtlinien zu diskriminierungssensiblen Arbeiten sowie zum Umgang mit Beschwerden erarbeiten. Die Kommission sollte die fachliche Expertise von Vertreter*innen des Gesundheitswesens, sowie von Antidiskriminierungsstellen der Länder oder des Bundes und von Betroffenenverbänden und weiteren zivilgesellschaftlichen Akteuren einbeziehen.

8. Schulungsangebot für alle Berufsgruppen der Gesundheitsversorgung anbieten sowie in Ausbildung und Studium verankern

Schulungen zu einer diskriminierungssensiblen Gesundheitsversorgung sollten für alle Berufsgruppen angeboten werden. Angestellte im Gesundheitswesen werden teilweise bereits hinsichtlich ihrer Rechte nach dem AGG geschult. Diese Schulungen könnten um den Diskriminierungsschutz von Patient*innen und den Umgang mit Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen ergänzt werden. Die Schulungen sollten von Institutionen durchgeführt werden, die entsprechende Antidiskriminierungskompetenzen sowie pädagogische Erfahrungen aufweisen, beispielsweise Antidiskriminierungsberatungsstellen oder Schulungsinstitutionen, die den Arbeitsalltag der medizinischen Berufsgruppen gut kennen und in Antidiskriminierung weitergebildet sind.

Auch die Ausbildungs- und Studiencurricula der Gesundheitsberufen sollten weiterentwickelt werden, sodass sie die Themen Diskriminierung im Gesundheitswesen und Diskriminierungsschutz behandeln. So kann frühzeitig eine Sensibilisierung für den Umgang mit Diskriminierungserfahrungen erreicht werden.

9. Diskriminierungsfälle systematisch erfassen und auswerten

Alle Stellen, an die Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen gemeldet werden, sollten diese systematisch und datenschutzkonform dokumentieren. Dazu gehört unter anderem

- eine Aufschlüsselung nach Diskriminierungsmerkmal, Diskriminierungsform, der Berufsgruppe der Beschuldigten und eine kurze Darstellung des Falles,
- die Dokumentation von Fällen, die von den Patient*innen nur bei einer Beratung oder nur anonym vorgetragen werden und nicht in Beschwerdeverfahren münden,
- die Dokumentation von vorgebrachten Fällen die sich als ungerechtfertigt erweisen sowie
- gegebenenfalls intern unter Berücksichtigung der Anforderungen des Datenschutzes personenbezogene Angaben zu vermerken, um wiederholte Beschwerden identifizieren zu können.

Die Dokumentation kann beispielsweise in Anlehnung an die Mindeststandards der Dokumentation von Antidiskriminierungsberatung erfolgen (Aalders et al. 2022). Kammern sollten zudem verpflichtet werden, Anfragen, die Diskriminierungserfahrungen beinhalten, den entsprechenden Paragraphen der Berufsordnung zuzuordnen und sie entsprechend zu dokumentieren und zu veröffentlichen.

Die Dokumentation von Beratungsfällen und/oder Beschwerden sollte regelmäßig ausgewertet werden. So können Diskriminierungsrisiken in der Institution erkannt und gezielte Präventionsmaßnahmen entwickelt werden.

10. Diskriminierungsschutz personell verankern

Um Antidiskriminierung und Diskriminierungsschutz von Patient*innen und Beschäftigten organisatorisch zu verankern, sollten in größeren Institutionen Diversity- und Antidiskriminierungsbeauftragte benannt oder es sollte eine entsprechende Steuerungsgruppe eingerichtet werden.

Eine Steuerungsgruppe kann neben medizinischen Berufsgruppen auch mit Gleichstellungsbeauftragten, Beauftragten für Menschen mit Behinderungen und Ansprechpartner*innen für Patient*innen besetzt sein, deren Kompetenzen dafür gegebenenfalls zu erweitern wären.

Die Beauftragten beziehungsweise die Steuerungsgruppe können viele der bisher benannten Handlungsempfehlungen implementieren, zum Beispiel durch

- Ausarbeitung einer Richtlinie beziehungsweise Dienstvereinbarung zum Diskriminierungsschutz (vergleiche Handlungsmöglichkeit 7) und deren spätere Begleitung,
- Weiterentwicklung des Diskriminierungsverständnisses (vergleiche Handlungsmöglichkeit 5),
- Entwicklung von Maßnahmen zur Identifikation und Prävention von Diskriminierungsrisiken,
- Förderung der Vernetzung mit Antidiskriminierungsberatungsstellen und Betroffenenverbänden sowie
- Auswertung von Fällen und Berichterstattung zu Diskriminierung in der Institution.

7.4 Ziel 4: Den rechtlichen Diskriminierungsschutz und die Möglichkeiten zur Rechtsdurchsetzung bei Diskriminierung im Gesundheitswesen verbessern

Zwar bieten die Berufsordnungen und die Patient*innenrechte bei Behandlungsfehlern Möglichkeiten der Rechtsdurchsetzung. Diese weisen jedoch systematische Lücken auf. Bei berufsaufsichtlichen Verfahren fehlen im Unterschied zu Verfahren nach dem AGG

- eine Beweislast erleichterung für Betroffene,
- Ansprüche auf Schadensersatz oder Entschädigung,
- eine klare Beurteilung, ob Diskriminierung vorliegt oder nicht, sowie
- die Klarstellung, dass die Diskriminierung künftig unterlassen werden muss.

Zudem ist die Rechtsdurchsetzung bei diskriminierendem Verhalten nichtverkammerter Gesundheitsberufler*innen eingeschränkt. Die für die Berufsaufsicht zuständigen Gesundheitsämter bieten keine entsprechenden Anlauf- und Beschwerdestellen für Patient*innen an.

Handlungsmöglichkeiten

11. Anwendungsbereich des AGG im Kontext gesundheitlicher Leistungen und Dienste präzisieren und/oder Rechtsgrundlagen des Gesundheitswesens zur Entschädigung von Betroffenen von Diskriminierung verbessern

Aktuell müssen Kammern zwar dann, wenn ihnen ein Verstoß gegen die Berufsordnung gemeldet wird und die betroffene Person sie von der Schweigepflicht entbindet, Verfahren gegen das beschuldigte Kammermitglied führen. Aber die Betroffenen sind nach ihrer Meldung und gegebenenfalls Zeugenaussagen nicht mehr in das Verfahren eingebunden. Auch die möglichen Konsequenzen beziehen sich nur auf die Beschuldigten. Daher sollten die Rechtsdurchsetzungsmöglichkeiten für Betroffene so verbessert werden, dass für sie eine Anerkennung der erlebten Diskriminierung, eine Entlastung und/oder Entschädigung vorgesehen wird.

Auch Beweislast erleichterungen bestehen aktuell nur im Falle von Behandlungsfehlern und sollten auch für andere Fälle vorgesehen werden.

Beispielsweise könnte im AGG festgelegt werden, welche Ansprüche Betroffene bei Diskriminierung im Gesundheitswesen haben. Alternativ könnten die Ansprüche, die Patient*innen nach den Patient*innenrechten bei Aufklärungs- und Behandlungsfehlern haben, auf Diskriminierungsfälle ausgeweitet werden. Im Patient*innenrechtegesetz (PatRG) sind Entschädigungen und, bei groben Fehlern, auch Beweislast erleichterungen geregelt, wenn die Patient*innen gesundheitliche Schäden davongetragen haben. Zudem ist bei Schäden aufgrund von Aufklärungs- und Behandlungsfehlern ein niedrigschwelliges Schlichtungsverfahren bei den Kammern implementiert, das für Patient*innen kostenfrei ist und zukünftig auch für Fälle von Diskriminierung genutzt werden könnte. Daher sollte beispielsweise der Patientenbeauftragte des Bundes prüfen, ob aus dem Behandlungsvertrag entsprechende Ansprüche auch aufgrund von Diskriminierung geltend gemacht werden könnten.

12. Anlauf- und Beschwerdemöglichkeiten bei Gesundheitsämtern zu Diskriminierungserfahrungen durch nicht verkammerte Gesundheitsberufler*innen verbessern

Gesundheitsämter sind für Verstöße gegen die Berufsordnungen der nicht verkammerten Gesundheitsberufe zuständig. Diese beinhalten Paragraphen mit Diskriminierungsverboten. Ähnlich wie die Kammern sollten die Gesundheitsämter konkrete berufsaufsichtliche Schritte bei Diskriminierungsbeschwerden ergreifen können. Darüber hinaus sollten die Gesundheitsämter Anlauf- und Beschwerdestellen einrichten, die über Beschwerdemöglichkeiten bei Diskriminierung durch Angehörige der nicht verkammerten Gesundheitsberufe informieren und Patient*innen beraten, auch bei Diskriminierungserfahrungen.

13. Niedrigschwellige Verfahren zur Rechtsdurchsetzung bei Diskriminierung im Gesundheitswesen implementieren

Der individuelle Klageweg ist für viele Betroffene eine zu hohe Hürde. Oft ist ihnen eine Klärung der Situation mit den Beschuldigten wichtiger. Es wäre daher zu prüfen, ob niedrigschwellige Verfahren wie Schlichtungsstellen eingesetzt werden könnten.

Beispielsweise könnten die Zuständigkeiten der Schlichtungsstellen, die bei den Kammern Fälle von Behandlungsfehlern bearbeiten, auf Diskriminierung erweitert werden. Alternativ könnte eine Schlichtungsstelle bei der Antidiskriminierungsstelle des Bundes eingerichtet werden, um außergerichtliche Einigungen erzielen zu können, die über das Verfahren einer freiwilligen gütlichen Einigung hinausgehen (ADS 2023).

8 Anhang

A1 Offene Antworten Onlinebefragung: typische Fallkonstellationen bei Anfragen zu Diskriminierungse

A2 Kontaktdaten der Kammern und Patient*innenbeauftragten der Länder

A1 Offene Antworten Onlinebefragung: typische Fallkonstellationen bei Anfragen zu Diskriminierungserfahrungen

Tabelle 5: Typische Fallkonstellationen mit Diskriminierungsbezug bei Krankenkassen, Kammern, K(Z)Ven, beim Gesundheitsamt und Medizinischen Dienst

Institution	Offene Antworten auf die Frage: Was sind typische oder häufig auftretende Fallkonstellationen für Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen im Gesundheitswesen?
Krankenkasse	<ul style="list-style-type: none"> • Ablehnung der eigenständigen Gesundheitskompetenz bei der Wahl der Behandlung • Diversität • Sprachbarriere im Kundenzentrum/Brief/Telefon • Der Weg zur Realisierung plastischer Operationen (Geschlechtsumwandlung, Adipositas, Brustverkleinerung) • Anspracheform divers • Anspracheform auf Anträgen, zum Beispiel Familienversicherung für gleichgeschlechtliche Paare mit Kindern • „Alte“ Menschen haben häufiger das Gefühl, aufgrund ihres Alters benachteiligt zu werden, wenn sie etwas nicht erhalten. Selten haben Frauen das Gefühl, dass sie aufgrund ihres Geschlechts nicht ernst genommen werden.
Kammer	<ul style="list-style-type: none"> • Behandlungsablehnung, wenn Patient*innen keine Zuzahlung / kein Mehrhonorar für private oder hochwertige Leistungen erbringen können • Behandlungsablehnung aufgrund von Adipositas (Behandlungsstuhl/Belastbarkeit) • Behandlungsablehnung bei Versicherten in einem sogenannten Notlagen- oder Standardtarif (private Versicherungen) • Keine Behandlungsübernahme bei aufsuchender Behandlung (Hausbesuche beziehungsweise Behandlung im Krankenhaus) • Häufig führen ärztliche Anmerkungen zu insbesondere altersbedingten oder gewichtsbedingten gesundheitlichen Folgen zu subjektiven Diskriminierungserfahrungen. • Unangemessene Wort- oder Tonwahl wird auf Diskriminierungsmerkmale bezogen. • Patient*innen mit Maskenbefreiung werden nicht behandelt. • Unzulässige Beschränkung 2G, 3G bei (Vertrags-)Arztpraxen • Patient*innen erhalten abhängig von ihrem Versichertenstatus (gesetzlich/privat) Termine. • Übergewicht, Fettleibigkeit • Sprachbarriere • Behandlung von HIV-Patient*innen • Beschwerden zu Maskenpflicht • Apothekerinnen werden insbesondere im Notdienst telefonisch belästigt/bedroht. Anrufer rufen zum Teil massiv wiederholt im Notdienst an und geben sexuelle Schweinereien von sich, beschimpfen die Apothekerinnen sexuell oder politisch (Coronaleugner*innen, die impfende Apotheken beschimpfen/bedrohen). Die telefonische Notdienstleistung wird blockiert. • Apotheker*innen werden sexuell/politisch beschimpft, wenn sie bei Verdacht auf Fälschung von Impfausweisen die Ausstellung elektronischer Impfbefreiung zu Recht verweigern.

Institution	Offene Antworten auf die Frage: Was sind typische oder häufig auftretende Fallkonstellationen für Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen im Gesundheitswesen?
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Aussehen, Queerness, Religion
- Die Beschwerdeführer*innen verlangen etwas, was ihnen nicht oder nicht so zusteht, wie sie es verlangen; sie sehen nicht ein, dass sie in ihrem Anspruchsdenken danebenliegen und behaupten daher, sie würden diskriminiert, was objektiv nicht der Fall ist, sondern an einer fehlerhaften Rechtseinschätzung der Beschwerdeführer*innen liegt.
- Frage nach sexuellen Vorlieben
- Nichtbehandlung wegen Arbeitslosigkeit
- Frage nach Kopftuch und Ramadan
- Politische Auseinandersetzung statt Behandlung
- Keine Terminvergabe wegen fehlender Impfung der*des Patient*in
- Auseinandersetzung/Nichtbehandlung wegen Maskentragen
- Auseinandersetzung/Nichtbehandlung wegen Angst vor Ansteckung mit Covid-19
- Keine Terminvergabe wegen mangelnder Sprachkenntnisse, weil eine Verständigung erschwert sei, wegen einer geistigen oder körperlichen Behinderung oder wegen einer aufwändig zu behandelnden Krankheit; Patient*innen, die einen Hausbesuch erfordern, werden abgelehnt; subjektiv so empfunden, dass Termin wegen Zugehörigkeit zu einer Ethnie nicht vergeben wird.
- Patient*innen werden nicht ernst genommen wegen geringen Bildungsgradess inklusive Beschneidung der Selbstbestimmung.
- Zuschreiben eigener Verursachung eines Problems aufgrund einer Lebenseinstellung/Lebensweise
- Patient*innen anderer Kulturen werden nicht verstanden, werden über kulturell unpassende deutsche Verhaltenserwartungen diskriminiert (zum Beispiel Ablösung von den Eltern, Verhalten in Paarbeziehungen, Krankheitsverständnis et cetera)
- Frauen werden diagnostiziert und behandelt entlang an Männern erforschter Kriterien (Soma wie Psyche).
- Sexuelle Anspielungen gegenüber Frauen, abwertendes Verhalten gegenüber Frauen die Kopftuch tragen, abwertendes oder ungeduldiges Verhalten gegenüber Menschen, die der deutschen Sprache nicht hinreichend mächtig sind

K(Z)V

- Fehlende Barrierefreiheit
 - Sprachliche Verständigungsprobleme
 - Häufig auftretende Fallkonstellationen gibt es nicht.
 - Sprachbarriere, Verständigungsschwierigkeiten
-

Institution	Offene Antworten auf die Frage: Was sind typische oder häufig auftretende Fallkonstellationen für Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen im Gesundheitswesen?
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- | | |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Verband | <ul style="list-style-type: none"> • Indirekte seelische Gewalt, respektlose, nicht wertschätzende Kommunikation und Behandlung, grobe PCR/AG-Abstrichtechnik bei nicht geimpften Patient*innen/Angehörigen • Patient*innen wird Kostenübernahme psychotherapeutischer Leistungen, die zeitgerecht durch einen Vertragspsychotherapeuten nicht zur Verfügung gestellt werden können, entsprechend § 13 Abs. 3 SGB V im Rahmen der Kostenerstattung verweigert. Siehe dazu Umfrage der DPTV zur Kostenerstattungspraxis im Jahr 2021 https://t1p.de/59lm • Patient*innen wird, wenn sie sich in Psychotherapie befinden und arbeitsunfähig sind, von Berater*innen der Krankenkassen und ohne Absprache mit den behandelnden Psychotherapeut*innen empfohlen, sich in stationäre Behandlung zu begeben, DiGAS einzusetzen oder die Qualität der*des Psychotherapeut*in zu prüfen, oder es wird ihnen eine Reha nahegelegt. Hier gibt es immer wieder Erfahrungsberichte der Psychotherapeut*innen in den Praxen. • Wir sind nicht die richtigen Ansprechpartner*innen und verweisen oft weiter, Fallkonstruktion: falsche Annahmen, Kommunikationsprobleme • Benachteiligung wegen psychischer Erkrankung: fühlen sich nicht ernst genommen im Therapieprozess, eigene Wünsche zur Therapiegestaltung werden übergangen. • Sexuell motivierte Übergriffe bei physischem Therapieinhalt: teilweises Entkleiden in der Therapie obwohl der Bezug zur Therapie nicht deutlich wird, Anfassen an Körperregionen, die nicht unmittelbar etwas mit der Erkrankung zu tun haben. • Private Beziehung: Therapeut*innen gehen private Beziehungen mit vulnerablen Klient*innen ein (psychisch Erkrankte, traumatisierte Menschen, sehr junge Menschen), Klient*innen fühlen sich in einem abhängigen Verhältnis. • Ausübung von Macht: Praxis setzt gesonderte Regeln, wenn diese nicht eingehalten werden können, droht der Verlust des Therapieplatzes. • Mangelnde Fähigkeit, Bedürfnisse zu versprachlichen (krankheitsbedingt und/oder aufgrund anderer Sprachbarrieren wie eingeschränkten Deutschkenntnissen) • Unterscheidung privat/gesetzlich versichert und dementsprechend abweichende Standards • Probleme bei Terminvergabe, sexuelle Übergriffe • Sprachbarriere und ethnische Herkunft – schlechtere Aufklärung insgesamt, rauer und lauter Umgangston, weniger Zeit genommen, wenig zwischenmenschlicher Kontakt, Interventionen vorgenommen ohne vorherige Aufklärung, Zutrittsverbot für Besucher und nahe Angehörige (nicht coronabedingt), weniger Hilfestellungen • Verordneter Hausbesuch für therapeutische Leistung • Abweisung der*des Patient*in durch den*die Leistungserbringer*in aufgrund von fehlenden Kapazitäten • Fehlende Barrierefreiheit • Sprachliche Verständigungsprobleme |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Institution	Offene Antworten auf die Frage: Was sind typische oder häufig auftretende Fallkonstellationen für Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen im Gesundheitswesen?
-------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Gesundheits- ämter	<ul style="list-style-type: none"> • Freiberufliche Hebammen versorgen lieber die gut gestellten Schwangeren, wo der Beratungsprozess einfach abläuft. Menschen in herausfordernden Situationen werden nicht angenommen (zum Beispiel niedriger sozioökonomischer Status, Migrationsvorgeschichte – Sprachbarrieren, Menschen aus Wohnvierteln mit schlechtem Image). • Menschen ohne Krankenversicherungsschutz kommen nicht in das Regelsystem. Meistens sind Personen mit Migrationsvorgeschichte betroffen (aber auch Deutsche). Da ist das System an sich diskriminierend. • Nicht Deutsch sprechende Personen bleiben unversorgt (insbesondere in Bereichen wie der Psychotherapie) • Häufig mit Klischees konfrontiert – die Barrieren sind im Kopf des Gegenübers – verbal • Ausblendung psychischer Komponenten bei der Gewährung von Leistungen (zum Beispiel nicht wahrgenommene Mitwirkungspflicht aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen und damit Leistungsverwehrgung); Arbeit und Psyche (Verwehrgung von Beschäftigung, Jobs) • Diskriminierungsmerkmale: Frauen mit Kopftuch, sprachliche Barrieren und Verständigungsschwierigkeiten • Diskriminierungsformen: Beleidigungen, verbale Übergriffe, abwertende Bemerkungen • Familie mit Migrationshintergrund wurde auf Facebook und WhatsApp diffamiert, da sie an Corona erkrankt war. • Hausärzte haben Behandlung verweigert oder Abstrichnahme. • Saisonarbeiter waren sehr beengt während Quarantäne und hatten schlechteren Zugang zu Gesundheitsfürsorge. • Fehlende Barrierefreiheit (kein behindertengerechter Zugang zu den Räumlichkeiten) schwer verständliche Formulare • Geistige oder seelische Behinderung – körperliche Beschwerden werden nicht ernst genommen. • Keine Psychotherapie für chronisch psychisch Kranke, keine Psychotherapie für geistig Behinderte, Psychotherapie für Geflüchtete in der Landessprache in 100 Kilometer Entfernung • Regelmäßig haben Menschen mit fehlenden deutschen Sprachkenntnissen Schwierigkeiten gehabt, mit ihrem Arzt über die Diagnose Covid-19 (oder jede andere Infektionskrankheit) zu sprechen. Einen Arzttermin auszumachen, erwies sich für diese Personen wegen mangelnder Verständigung häufig als schwierig. Nicht immer gelang es uns, durch fremdsprachlich kundige Mitarbeiterinnen zu helfen. Außerdem haben wenige Patient*innen sich beklagt, dass sie es sich finanziell nicht leisten könnten, zum Testzentrum zu fahren, oder zu krank wären, um hinzufahren. • Schlechte Pflege, nicht ausreichende Behandlung, warten auf Versorgung wegen Alter / körperlicher Konstitution • Einschränkung der persönlichen Integrität • Sexuelle Übergriffe, körperliche Gewalt, Einschränkung der persönlichen Selbstbestimmung (Masken- und Impfpflicht)
-------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Institution	Offene Antworten auf die Frage: Was sind typische oder häufig auftretende Fallkonstellationen für Diskriminierungserfahrungen von Patient*innen im Gesundheitswesen?
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- Unzureichender Zugang zu Informationen zur individuellen Isolationszeit (und ihrer Begründung) bei Coronainfektion bei Asylbewerbern in Gemeinschaftsunterkünften
- Unzufriedenheit mit Behandlungen/Verordnungen
- Vor 2020 gab es nur vereinzelt Hinweise auf Diskriminierung. In den letzten zwei Jahren gab es eine deutliche Zunahme von Beschwerden, in denen Betroffene/ Angehörige angegeben haben, dass Patientenrechte aufgrund von Alter / geistigen Fähigkeiten / chronischen Erkrankungen oder Sprachproblemen im Rahmen von Krankenhausbehandlungen beeinträchtigt wurden. Als Gründe dafür wurden strukturelle Mängel in den Häusern, restriktive Besuchsregelungen, Personalmangel (Pflege und Ärzt*innen) aber auch sprachliche Barrieren (auf beiden Seiten, also auch bei Ärzt*innen, die unzureichend Deutsch sprechen) gefunden. Unzureichende Aufklärungen vor Diagnostik oder über Erkrankungen wurden angegeben. Entlassungen ohne ausreichende Absicherung der weiteren Versorgung. Patient*innen allein konnten ihre Rechte nicht durchsetzen.

Medizinischer Dienst	<ul style="list-style-type: none"> • Beschwerden beziehen sich in der Regel auf Unzufriedenheit über nicht ausgesprochene Empfehlung, beispielsweise für bestimmten Pflegegrad / medizinische Leistung / Hilfsmittelversorgung (weniger Diskriminierungsbezug im beschriebenen Sinne).
-----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Quelle: IGES auf Basis der Befragung der Anlauf- und Beschwerdestellen

A2 Kontaktdaten der Kammern und Patient*innenbeauftragten der Länder

Im Folgenden sind die Kontaktdaten der Kammern und Patient*innenbeauftragten der Länder gelistet. Ihnen kommt, falls sie über eine Patient*innenberatungsstelle oder Ombudspersonen verfügen, eine zentrale Bedeutung als Anlauf- und Beschwerdemöglichkeit bei Diskriminierungserfahrungen zu.

Nicht gelistet sind die Kontaktdaten der Gesundheitsämter sowie der Unabhängigen Beratungsstellen Psychiatrie, die flächendeckend über allgemeine Kontaktadressen im Internet zu finden sind.

Tabelle 6: Kontaktangaben zur Patient*innenberatung auf den Internetseiten der Kammern

Bundesland	Ärztammer	Psychotherapeutenkammer	Zahnärztekammer
Baden-Württemberg	Allgemeiner Kontakt: 0711 769890 info@laek-bw.de https://www.aerztekammer-bw.de/kontakt-formular	Beratung und Beschwerden: 0711 67447055	Patientenberatung: 0800/1424340 info@zpb-bw.de
Bayern	Allgemeiner Kontakt: 089 4147172 info@blaek.de	Beratung und Beschwerden: 089 51555275	Patient*innenberatung: 089 230211230
Berlin	Allgemeiner Kontakt: 030/408060 kammer@aekb.de	Beratung und Beschwerden: 0221 16952149	Patient*innenberatung: 030/89004400 Patient*innenberatung@kzv-berlin.de
Brandenburg	Patient*innenberatung: 0331 505605526 ombudsperson@laekb.de	Allgemeiner Kontakt: 0341 4624320 info@opk-info.de	Patient*innenberatung: 0331 2977-115 patientenberatung@kzvlb.de
Bremen	Patient*innenberatung: 0421 3404-240 info@aekhb.de	Allgemeine Adresse: Psychotherapeutenkammer Bremen (PKHB) Hollerallee 22 28209 Bremen	Patient*innenberatung: 0421 3330367 info@zaek-hb.de
Hamburg	Patient*innenberatung: 040 202299222 https://www.patientenberatung-hamburg.de/sites/kontakt.php	Allgemeiner Kontakt: Weidestraße 122 c (4.OG) 22083 Hamburg 040 226226060 info@ptk-hamburg.de	Patient*innenberatung: 040 73340551 patienten@zaek-hh.de

Bundesland	Ärztekammer	Psychotherapeutenkammer	Zahnärztekammer
Hessen	Patient*innenberatung: 069 97672113 https://patienten-beschwerde.laekh.de/ Menschenrechts-, Rassismus- und Diskrimi- nierungsbeauftragter; Ombudsstelle Missbrauch https://www.laekh.de/ueber-uns/ombuds-personen (s. auch Tabelle 7)	Beschwerden: 0611 531680 post@ptk-hessen.de	Patient*innenberatung: 069 427275169 box@lzkh.de
Mecklenburg-Vorpommern	Patient*innenberatung: 0381 492800 patienten@aek-mv.de	Allgemeiner Kontakt: 0341 4624320 info@opk-info.de	Patient*innenberatung: 0180 5003561 patientenberatung@zaekmv.de
Niedersachsen	Verweis auf die Bezirksärztekammern (allgemeiner Kontakt): https://www.aekn.de/aekn/bezirksstellen	Beratung und Beschwerden: 0511 850304555	Patient*innenberatung: 0800 9990000 patientenberatung@zkn.de
Nordrhein	Patient*innenberatung: 0211 43022500 Patientenberatung@aekno.de	Beratung durch Kammer-vorstand: 0211 52284727 Beratung durch Rechts-abteilung: 0211 52284727	Patient*innenberatung: 0211 44704280 informationen-fuer-patienten@zaek-nr.de
Rheinland-Pfalz	Verweis auf die Bezirksärztekammern (allgemeiner Kontakt): <i>Koblenz</i> 0261 390010 info@aerztekammer-koblenz.de <i>Pfalz</i> 06321 92840 info@aek-pfalz.de <i>Rheinhessen</i> 06131 38690 info@aerztekammer-mainz.de <i>Trier</i> 0651 9947590 info@aerztekammer-trier.de	Juristische Beratung: 06131 9305515 juristischesreferat@lpk-rlp.de	Patient*innenberatung: 06131 892729040 patienteninformations-stelle@kzvrlp.de

Bundesland	Ärztekammer	Psychotherapeutenkammer	Zahnärztekammer
Saarland	Patient*innenbeschwerden: (0681) 4003-277 recht@aeksaar.de	Allgemeiner Kontakt: 0681 9545556 0681 9545558 kontakt@ptk-saar.de	Patient*innenberatung: 0681 5860825 mail@zaek-saar.de
Sachsen	Allgemeiner Kontakt: 0351 82670 Beschwerden: ra@slaek.de	Allgemeiner Kontakt: 0341 4624320 info@opk-info.de	Patient*innenberatung: 0351 8066257 patientenberatung@lzk-sachsen.de
Sachsen-Anhalt	Schriftliche Beschwerde an: Ärztekammer Sachsen-Anhalt Landesgeschäftsstelle und Geschäftsstelle Magdeburg PSF 1561 39005 Magdeburg	Allgemeiner Kontakt: 0341 4624320 info@opk-info.de	Patient*innenberatung: 0391 7393912 info@zahnaerztekammer-sah.de
Schleswig-Holstein	Patient*innenombudsverein: 04551 803422 info@patientenombuds-mann.de	Allgemeiner Kontakt und für Beschwerden: 0431 6611990 info@pksh.de	Patient*innenberatung: 0431 3897255 0431 26092626 info@zahnhotline.sh
Thüringen	Beschwerden: 03641 614209 jura@laek-thueringen.de https://www.laek-thueringen.de/files/17CB6B61040/Beschwerdeantrag.pdf	Allgemeiner Kontakt: 0341 4624320 info@opk-info.de	Patient*innenberatung: 0361 7432234 pb@lzkth.de
Westfalen-Lippe	Patient*innenberatung: 0251 9299000 Kontaktformular: https://www.patientenberatung-wl.de/index.php?id=2240	Beratung durch Kammer-vorstand: 0211 52284727 Beratung durch Rechts-abteilung: 0211 52284727	Patient*innenberatung: 0800 5171317 patientenberatung@zahnaerzte-wl.de

Quelle: IGES auf der Basis öffentlich verfügbarer Kontaktdaten auf den Internetseiten der Institutionen

Tabelle 7: Kontaktangaben zu Patient*innenbeauftragten und Ombudsstellen bei Diskriminierung der Kammern

Bundesland	Ärztammer
Hessen	<p>Rassismus-, Antidiskriminierungs- und Menschenrechtsbeauftragter: mensenrechtsbeauftragter@laekh.de https://www.laekh.de/ueber-uns/ombudspersonen/menschenrechts-rassismus-und-diskriminierungsbeauftragter</p> <p>Ombudsstelle bei Fällen von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen: Ombudsstelle der Landesärztekammer Hessen Hanauer Landstraße 152 60314 Frankfurt 069 97672-347 ombudsstelle-missbrauch@laekh.de https://www.laekh.de/ueber-uns/ombudspersonen/ombudsstelle-fuer-faelle-von-missbrauch-in-aerztlichen-behandlungen</p>

Quelle: IGES auf der Basis öffentlich verfügbarer Kontaktdaten auf den Internetseiten der Institutionen

Tabelle 8: Kontaktangaben zu Patient*innenbeauftragten der Länder

Bundesland	Patient*innenbeauftragte*r der Länder
Bayern	<p>Geschäftsstelle des Patienten- und Pflegebeauftragten Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention Haidenauplatz 1, 81667 München Gewerbemuseumsplatz 2, 90403 Nürnberg</p> <p>Kontaktformular: https://www.patientenportal.bayern.de/kontakt/</p>
Berlin	<p>Patient*innenbeauftragte für Berlin Oranienstraße 106 10969 Berlin</p> <p>Tel.: 030 90282010 (Montag–Freitag: 10–14 Uhr) Fax: 030 90283113 E-Mail: Patient*innenbeauftragte@senwpgg.berlin.de</p> <p>https://www.berlin.de/lb/patienten/</p>

Bundesland	Patient*innenbeauftragte*r der Länder
Niedersachsen	Büro der Landespatientenschutzbeauftragten Nds. Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung Hannah-Arendt-Platz 2 30159 Hannover Tel.: 0511 1204013 Fax: 0511 120994013 E-Mail: patientenschutz@ms.niedersachsen.de https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheitspflege/gesundheitspatientenschutz/das-buro-der-landespatientenschutzbeauftragten-stellt-sich-vor-212583.html
Nordrhein-Westfalen	Beauftragte der Landesregierung für Menschen mit Behinderung sowie für Patientinnen und Patienten in Nordrhein-Westfalen Tel.: 0211 8553008 Fax: 0211 8553037 E-Mail: kontakt@lbbp.nrw.de https://www.lbbp.nrw.de/die-beauftragte

Quelle: IGES auf der Basis der Internetauftritte der Institutionen

Literaturverzeichnis

advd (2013): Antidiskriminierungsberatung in der Praxis. Die Standards für eine qualifizierte Antidiskriminierungsberatung ausbuchstabiert.

advd (2015): Standards für eine qualifizierte Antidiskriminierungsberatung. Eckpunktepapier des Antidiskriminierungsverbandes Deutschland (advd). 3., unveränderte Auflage.

advd (2023): Ergänzungsliste zur AGG Novellierung. Zivilgesellschaftliche Ergänzungsliste des Projekt „AGG-Reform“. URL: https://agg-reform.jetzt/wp-content/uploads/2023/02/2023-01-23_advd_Ergaenzungsliste.pdf

Aalders, Sophia; Ionescu, Camille; Beigang, Steffen (2022): Mindeststandards zur Dokumentation von Antidiskriminierungsberatung. Herausgegeben von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Baden-Baden: Nomos.

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2015): Leitfaden. Beratung bei Diskriminierung: erste Schritte und Weitervermittlung. Berlin.

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2020): Ist das Allgemeine Gleichbehandlungsgesetz auf medizinische Behandlungsverträge anwendbar? Standpunkte. Nr. 01 – 09/2020. URL: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/publikationen/Standpunkte/01_Behandlungsvertraege.pdf?__blob=publicationFile&v=5

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2021): Diskriminierung in Deutschland – Erfahrungen, Risiken und Fallkonstellationen. Vierter Gemeinsamer Bericht der Antidiskriminierungsstelle des Bundes und der in ihrem Zuständigkeitsbereich betroffenen Beauftragten der Bundesregierung und des Deutschen Bundestages. Baden-Baden: Nomos.

Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2023): Vielfalt, Respekt, Antidiskriminierung. Grundlagenpapier zur Reform des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG). Vorgelegt von der Unabhängigen Bundesbeauftragten für Antidiskriminierung. URL: https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/downloads/DE/Sonstiges/20230718_AGG_Reform.pdf?__blob=publicationFile&v=7

aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (2017): Umsetzung und Wirkung des Patientenorientierten Beschwerdemanagements im Krankenhaus, URL: https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/251_Patientenorientiertes_Beschwerdemanagement/Abschlussbericht_PatBM.pdf

Ärztekammer Berlin (2023): Die Berufsordnung und ihre Durchsetzung. Rügeverfahren. <https://www.aekb.de/recht/berufsrecht-berufsordnung>

Ärztekammer Hamburg (2021): Berufsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte vom 27.03.2000 i. d. F. v. 06.09.2021 (in Kraft getreten am 01.03.2022), URL: https://www.aerztekammer-hamburg.org/files/aerztekammer_hamburg/aerztinnen_aerzte/recht/rechtsvorschriften/Aerztekammer_Hamburg_Berufsordnung_gueltig_ab_01032022.pdf

Beyerlin, Jochen (2020): Grober Behandlungsfehler unter anderem und Beweislast im Arzthaftungsverfahren. URL: https://fachanwaeltemedizinrecht.de/wp-content/uploads/2020/04/Grober_Behandlungsfehler.pdf

BBfG (2019): Evaluation der Beschwerdemanagementsituation 2018 in Krankenhäusern in Deutschland. Eine Studie des Bundesverband Beschwerdemanagement für Gesundheitseinrichtungen, des DKI und Inworks. URL: <https://www.inworks.de/news/beschwerdemanagement-in-krankenhausern-studie-2018>

BBfG (2019a): Benchmark 2019. Bundesverband Beschwerdemanagement für Gesundheitseinrichtungen e. V. URL: <https://bbfg-ev.de/jede-zehnte-beschwerde-im-krankenhaus-betrifft-eine-gefaehrung-der-gesundheit/>

BBfG (2021): Benchmark 2021. Bundesverband Beschwerdemanagement für Gesundheitseinrichtungen e. V. URL: <https://bbfg-ev.de/benchmark-2021/>

Bartig, Susanne; Kalkum, Dorina; Le, Ha Mi; Aleksandra, Lewicki (2021): Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen – Wissensstand und Forschungsbedarf für die Antidiskriminierungsforschung. Herausgegeben von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Baden-Baden: Nomos.

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten (2022): Patientenfürsprache im Krankenhaus. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/details/patientenfuersprache-im-krankenhaus>

Beigang, Steffen; Fetz, Karolina; Kalkum, Dorina; Otto, Magdalena (2017): Diskriminierungserfahrungen in Deutschland. Ergebnisse einer Repräsentativ- und einer Betroffenenbefragung. Herausgegeben von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Baden-Baden: Nomos.

Beigang, Steffen; Boll, Friederike; Egenberger, Vera; Hahn, Lisa; Leidinger, Andreas; Tischbirek, Alexander; Tuner, Defne (2021): Möglichkeiten der Rechtsdurchsetzung des Diskriminierungsschutzes bei der Begründung, Durchführung und Beendigung zivilrechtlicher Schuldverhältnisse. Studie, Bestandsaufnahme, Alternativen und Weiterentwicklung. Herausgegeben von der Antidiskriminierungsstelle des Bundes. Baden-Baden: Nomos.

Berliner Kammergesetz (2016): Gesetz über die Kammern und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Berliner Kammergesetz) in der Fassung vom 4. September 1978 (GVBl. S. 1937), zuletzt geändert durch Artikel 6 des Gesetzes vom 9. Mai 2016 (GVBl. S. 23).

BMG (2022): Unser Gesundheitssystem. Poster. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/382x520_BMG-Infografik_Gesundheitssystem_RZ_bf.pdf

BMG (ohne Jahresangabe a): Das Prinzip der Selbstverwaltung. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/selbstverwaltung.html>

BMG (ohne Jahresangabe b): Patientenrechte <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/patientenrechte.html>

Bühning, Petra (2017): Frauen in berufspolitischen Gremien: „Quotenregelung für den Übergang“. Dtsch Arztebl 2017; 114(10): A-458 / B-399 / C-389. URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/186759/Frauen-in-berufspolitischen-Gremien-Quotenregelung-fuer-den-Uebergang>

Charité (2017): Richtlinie zur Prävention und zum Umgang mit sexueller Belästigung an der Charité– Universitätsmedizin Berlin. URL: https://neurocure.de/files/neurocure/PDFs/PDF%20Verschiedenes/2020-11-10_Richtlinie-Praevention-Umgang-sexuelle-Belaestigung-2019.pdf

Deutsches Institut für Menschenrechte (2021a): Wie können Beschwerdeverfahren den Schutz pflegebedürftiger älterer Menschen in der Lebenswelt Pflegeheim stärken? Abschlussbericht des Forschungsprojekts „Beschwerdemechanismen in der Altenpflege“.

Deutsches Institut für Menschenrechte (2021b): Praxis: Beschwerdeverfahren verbessern – Menschenrechte schützen. Zwölf Empfehlungen für die stationäre Pflege.

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

Frauenhauskoordinierung e.V. (2019): Leitfaden für Interviews / Fragebogen zur Auswertung des Beschwerdemanagements in Unterkünften für geflüchtete Menschen, URL: https://www.frauenhauskoordinierung.de/fileadmin/redakteure/Publikationen/Handreichung_BM_Flucht/4.9_Fragebogen_Auswertung_BM.pdf

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2012): Beschwerdemanagement, URL: https://www.g-ba.de/downloads/17-98-3419/KK_Beschwerdemanagement_2012_anonymisiert.pdf

Geschäftsstelle der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten (Hrsg.) (2020): Leitfaden für Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher an Krankenhäusern. Broschüre. URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/PFS_Leitfaden_2020_barrierefrei.pdf

Girth, Ernst (2023): Weniger Empfindlichkeit – mehr Empfindsamkeit! Rassismus in Praxis und Klinik: Bericht des Menschenrechts-, Rassismus- und Diskriminierungsbeauftragten der Landesärztekammer Hessen. Hessisches Ärzteblatt 4/2023. URL: <https://www.laekh.de/heftarchiv/ausgabe/artikel/2023/april-2023/weniger-empfindlichkeit-mehr-empfindsamkeit>

GKV-SV (ohne Jahresangabe): Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen. URL: https://www.gkv-spitzenverband.de/service/fehlverhalten_im_gesundheitswesen/fehlverhalten_im_gesundheitswesen.jsp

Gratias Krankenhausberatung (2015): Checkliste (Fragebogen): „Proaktives Beschwerdemanagement“, URL: https://bbfg-ev.de/wp-content/uploads/2015/04/download11_30.pdf

Halbe, Bernd (2018): Dienstvertrag: Behandlungspflicht des Arztes. Deutsches Ärzteblatt 2018; 115(48): A-2256 / B-1850 / C-1824, URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/203493/Dienstvertrag-Behandlungspflicht-des-Arztes>Healthcare NHS Trust (ohne Jahresangabe): Complaint Management Feedback Survey, URL: <https://www.surveymonkey.co.uk/r/sashcomplaints>

Jeddi, Fatemeh Rangraz; Hosseini, Azam Haj Mohammad; Shaeri, Mehdi (2015): A Study on Patient Complaint Management in Hospitals Affiliated to Kashan University of Medical Sciences and Approaches for Improvement, URL: <https://www.semanticscholar.org/paper/A-Study-on-Patient-Complaint-Management-in-to-of-Jeddi-Hosseini/d1914c25ee32c-7549fc8cf0a471da8c34e43d1fd>

Jussli-Melchers, Jill; Hilbert, Carsten; Jahnke, Iris; Wehkamp, Kai; Rogge, Annette; Freitag-Wolf, Sandra; Kahla-Witzsch, Heike A.; Scholz, Jens; Petzina, Rainer (2018): Reifegrade des Qualitäts- und Risikomanagementsystems am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. Das Gesundheitswesen, 80(07), 648-655., URL: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-0600-2607>

Kieckbusch, Dorthe (2023): Kammer gründet Anlaufstelle gegen Diskriminierung. Hamburger Ärzteblatt 02, 2023. Ärztekammer Hamburg. URL: https://www.aerztekammer-hamburg.org/files/aerztekammer_hamburg_aerztinnen_aerzte/antidiskriminierungsstelle/haeb_022023_Anlaufstelle_Diskriminierung.pdf

Korte, Meinhard und Brosig, Carmen (2022): Die Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen. Bilanz seit der Gründung im Jahr 2013. Hessisches Ärzteblatt. Ausgabe 2/2022. 18. Januar 2022 Ärztekammer Hessen. URL: <https://www.laekh.de/heftarchiv/ausgabe/artikel/2022/februar-2022/die-ombudsstelle-fuer-faelle-von-missbrauch-in-aerztlichen-behandlungen>

Krumpaszky, Hans-Georg; Simon, Anke; Brunner, Sarah (2012): Evaluation des Beschwerdemanagements am Universitätsklinikum Ulm, URL: <https://shop.kohlhammer.de/evaluation-des-beschwerdemanagements-am-universitatsklinikum-ulm-978-3-00-520422-2.html>

Landkreis Fulda (ohne Jahresangabe): Informationen zur Unabhängigen Beschwerdestelle Psychiatrie im Landkreis Fulda. URL: <https://www.landkreis-fulda.de/buergerservice/gesundheit/sozialpsychiatrischer-dienst/unabhaengige-beschwerdestelle-psychiatrie-im-landkreis-fulda>

Meyer, Dirk (2022): Bericht der Ombudsperson beim Medizinischen Dienst Nordrhein. Berichtszeitraum 01.12.2021 bis 30.09.2022. URL: https://www.md-nordrhein.de/fileadmin/MD-Nordrhein/Downloads/6_Ueber_uns/Ombudsperson/BERICHT_OMBUDSPERSON_Nordrhein.pdf

Niewisch-Lennartz, Antje (2022): Jahresbericht der Ombudsperson des Medizinischen Dienstes Niedersachsen gem. § 278 Abs. 3 S. 2 SGB V. Zeitraum 1. Oktober 2021 bis 30. September 2022. URL: https://www.md-niedersachsen.de/fileadmin/MD-Niedersachsen/Downloads/20221024_Jahresbericht_UOP__01.10.21-30.09.22.pdf

Ombudsstelle der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin (ohne Jahresangabe): Flyer. URL: https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/system/files/document/190103%20Ombudsflyer_0.pdf

Poser, Märle und Pross-Löhner, Christiane (2004): Beschwerdemanagement in Altenhilfeeinrichtungen, URL: <https://docplayer.org/16207271-Beschwerdemanagement-in-altenhilfeeinrichtungen.html>

Scheday, Svenja (2017): Bedarfsermittlung für eine berufsbegleitende Weiterbildung im Bereich Lob- und Beschwerdemanagement in Hamburger Krankenhäusern, URL: https://reposit.haw-hamburg.de/bitstream/20.500.12738/9008/1/Scheday_geschwaerzt.pdf

Schwarze, Martin; Anthes-Stöcking, Kristina; Glanzmann, Peter; Schiltenwolf, Marcus (2021): Patientenrechte im Kontext des Beschwerdemanagements – Die Einsichtnahme in die Behandlungsunterlagen [Patient rights in the context of complaint management-Right of access to the medical records]. *Orthopäde*. 2021 Jun;50(6):493-496. German. doi: 10.1007/s00132-021-04108-6. Epub 2021 Apr 20. PMID: 33880603; PMCID: PMC8189967.

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 Gesundheitssystem, URL: https://schwulenberatungberlin.de/wp-content/uploads/2021/05/5efdadd3e3df60bd3fd5fd9d_Final_Diskriminierung-im-Gesundheitswesen_B_Bericht_2019.pdf

Stauss, Bernd & Schöler, Andreas (2003): Beschwerdemanagement Excellence, S. 19.

Stauss, Bernd & Seidel, Wolfgang (2019a): Strategic Planning of Complaint Management, URL: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-98705-7_5 S. 205 ff.

Stauss, Bernd & Seidel, Wolfgang (2019b): Effective Complaint Management, URL: <https://www.springerprofessional.de/effective-complaint-management/16435460>

Walser, Konrad (2005): Entwicklung eines Prozessmodells für das Beschwerdemanagement.

Weber, Beate (1999): Beschwerdemanagement als Komponente eines Qualitätsmanagementsystems.

Letzter Zugriff auf die Onlinequellen, falls nicht anders vermerkt, am 14. Februar 2024.

Impressum

Diese Publikation ist Teil der Öffentlichkeitsarbeit der Antidiskriminierungsstelle des Bundes; sie wird kostenlos abgegeben und ist nicht zum Verkauf bestimmt.

Herausgeberin:

Antidiskriminierungsstelle des Bundes
11018 Berlin
www.antidiskriminierungsstelle.de

Kontakt:

Servicebüro der Antidiskriminierungsstelle des Bundes
E-Mail: beratung@ads.bund.de
Telefonische Beratung: Montag bis Donnerstag: 9–15 Uhr
Tel.: 0800 546 546 5

Allgemeine Anfragen:

E-Mail: poststelle@ads.bund.de

Satz und Layout: www.zweiband.de

Druck: MKL Druck GmbH & Co.KG

Stand: April 2024

Alle Rechte vorbehalten. Auch eine fotomechanische Vervielfältigung des Werkes (Fotokopie/Mikrokopie) oder von Teilen daraus bedarf der vorherigen Zustimmung der Antidiskriminierungsstelle des Bundes.

antidiskriminierungsstelle.de