

N i e d e r s c h r i f t
über die 25. - öffentliche - Sitzung
der Kommission zu Fragen der Migration und Teilhabe
am 16. Juni 2026
Hannover, Landtagsgebäude

Tagesordnung:

Seite:

1. a) **Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitswesen**
Beratung und Beschlussfassung über Erörterungsgegenstände
(§ 2 Abs. 3 der besonderen GO i. V. m. § 18 b Abs. 1 GO LT)
- b) **Diskriminierungsarme Zugänge zur Gesundheitsversorgung in Niedersachsen schaffen**
Beratung und Beschlussfassung über Erörterungsgegenstände
(§ 2 Abs. 3 der besonderen GO i. V. m. § 18 b Abs. 1 GO LT)
- Anhörung**
 - *Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa)* 4
 - *Projekt „Rassismus macht krank“* 16
 - *Ärztammer Niedersachsen* 30
2. **Verschiedenes** 38

Anwesend:

Mitglieder der Kommission:

1. Abg. Julia Retzlaff (i. V. des Abg. Ulrich Watermann) (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Lena-Sophie Laue (CDU)
3. Abg. Tamina Reineke (i. V. der Abg. Djenabou Diallo Hartmann) (GRÜNE)
4. Abg. Holger Kühnlenz (AfD)

5. Herr Dr. Anwar Hadeed
6. Frau Séverine Jean
7. Frau Magdalena Kruse
8. Frau Karin Loos
9. Frau Banafsheh Nourkhiz
10. Frau Seyhan Öztürk
11. Herr Muzaffer Öztürkyilmaz
12. Frau Beate Seusing
13. Frau Laura Syska
14. Herr Aliou Sangaré (i. V. v. Herrn Bakari Tangara)
15. Frau Nelja Coşkun (i. V. v. Herrn Osman Timur)

Die Sitzung wird geleitet von der stv. Vorsitzenden Abg. Lena-Sophie Laue (CDU).

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Lange.

Niederschrift:

Regierungsdirektorin Dr. Schütze, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 16:03 Uhr bis 18:01 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:

Billigung von Niederschriften

Die **Kommission** billigt die Niederschrift über die 24. Sitzung.

Tagesordnungspunkt 1:

a) **Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitswesen**

Beratung und Beschlussfassung über Erörterungsgegenstände
(§ 2 Abs. 3 der besonderen GO i. V. m. § 18 b Abs. 1 GO LT)

b) **Diskriminierungsarme Zugänge zur Gesundheitsversorgung in Niedersachsen schaffen**

Beratung und Beschlussfassung über Erörterungsgegenstände
(§ 2 Abs. 3 der besonderen GO i. V. m. § 18 b Abs. 1 GO LT)

Anhörung**Nationaler Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa)****Anwesend:**

- Dr. Cihan Sinanoğlu, Leitung

Herr **Dr. Cihan Sinanoğlu**: Vielen Dank, dass Sie sich diesem wichtigen Thema widmen, und für die Einladung. Ich möchte meinen Vortrag kurzhalten, damit danach Zeit für die Beantwortung von Fragen und für eine Diskussion zur Verfügung steht.

Ich stelle Ihnen jetzt die Ergebnisse unseres Berichts „Rassismus und seine Symptome“ vor, den wir 2023 veröffentlicht haben.

Zunächst zum Kontext; denn es ist wichtig zu verstehen, woher die Daten stammen und wie sich das Monitoring in die politische Landschaft einfügt.

Ziele und Profil des NaDiRas

**1. Internationale und nationale Empfehlungen**

- Deutschland ist verpflichtet (u. a. ICERD & ECRI), Daten zu Rassismus und Diskriminierung zu erheben
- Kabinettsausschuss zur Bekämpfung von Rassismus und Rechtsextremismus
- NaDiRa liefert erstmals eine systematische, staatlich gestützte Datengrundlage

3. Zivilgesellschaftlicher Fachbeirat

- Betroffene und zivilgesellschaftliche Akteure beraten im Prozess
- Stärkt Vertrauen, Perspektivenvielfalt und politische Relevanz

2. Forschungsparadigmen verbinden

- Kombination kritische Rassismusforschung und empirischer Ungleichheitsforschung
- Innovative Erhebungsinstrumente und Weiterentwicklung der Kategorien

4. Langfristiges Monitoring mit Impact

- Dauerhaftes Monitoringsystem
- Ziel: Vergleichbare, politisch anschlussfähige Daten über Zeit

Erstens. Deutschland wird seit mehr als 20 Jahren von internationalen Gremien wie ICERD und ECRI dafür gerügt, dass es keine Daten zu Rassismus und Diskriminierung erhebt, obwohl es dazu verpflichtet ist. Dieser Pflicht ist Deutschland bis zur Einrichtung des NaDiRa nicht nachgekommen.

Außerdem gibt es einen Ausschuss des Bundeskabinetts zur Bekämpfung von Rassismus und Rechtsextremismus - nach den rassistischen und antisemitischen Anschlägen von Halle und Hana. Eine der in diesem Ausschuss beschlossenen Maßnahmen war der Aufbau eines nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Dieser wurde dann beim Deutschen Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung angesiedelt.

Das Monitoring liefert jetzt erstmalig regelmäßige und über einen längeren Zeitraum erhobene Daten zu Rassismus und Diskriminierung, um Entwicklungen und Trends in Deutschland festhalten zu können.

Zweitens. Am Institut verbinden wir die Rassismusforschung mit der Forschung zu sozialer Ungleichheit. Dahinter versteckt sich der Begriff, den wir von Rassismus haben, als Strukturprinzip von Gesellschaft, um zu verstehen, wie Ungleichheiten und Ausschlüsse mit Rassifizierungsprozessen zusammenhängen.

Der dritte Punkt scheint mir gerade auch für diesen Raum wichtig zu sein. Wir haben einen großen zivilgesellschaftlichen Fachbeirat gegründet, der unsere Forschung begleitet, weil wir davon überzeugt sind, dass eine Rassismusforschung ohne Einbeziehung der Betroffenen keine gute Rassismusforschung ist. Das betrifft sowohl ethische als auch methodische Fragen. Je mehr wir die Communities einbinden, desto besser wird nach unserer Auffassung die Forschung.

Viertens. Wir haben jetzt ein langfristiges Monitoring aufgebaut. Von daher können wir zu unterschiedlichen gesellschaftlichen Bereichen Trends und Entwicklungen aufzeigen.



Die Daten, die ich Ihnen gleich vorstellen werde, stammen aus dem von uns aufgebauten Online-Access-Panel. Dafür lassen sich 13 000 Menschen von uns jährlich befragen. Wir sind also in der Lage, zu unterschiedlichen Gruppen dieser Gesellschaft repräsentative Aussagen zu treffen.

Dazu gehören vor allen Dingen Menschen aus mehrheitlich muslimischen Herkunftsländern, Menschen aus Subsahara-Afrika und aus Südostasien. Die Daten, die ich Ihnen vorstellen werde, stammen aus diesem Panel, aber wir forschen auch auf andere Weise. Wir betreiben auch Experimente, worauf ich gleich noch eingehe. Wir arbeiten auch mit Mediendiskursanalysen, wer-ten Rechtsprechung aus usw.

Auf der rechten Seite sehen Sie vier Kreise. Sie stehen für unterschiedliche gesellschaftliche Bereiche, zu denen wir arbeiten. Wir haben mit Gesundheit angefangen. Im vergangenen Jahr haben wir einen Bericht zum Wohnen veröffentlicht. Für das nächste Jahr ist ein Bericht zur Arbeit vorgesehen.

Ich komme jetzt zu den empirischen Befunden. Dazu werde ich auf diese vier Themen eingehen:

Wie haben wir Rassismus untersucht?

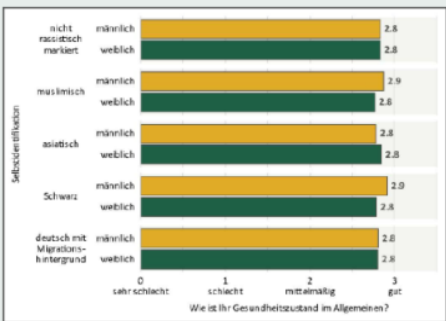

Nationaler Diskriminierungs- & Rassismusmonitor

1. Gesundheitszustand		NaDiRa Panel
2. Terminvergabe		Experiment
3. Gesundheitsversorgung		NaDiRa Panel
4. Rassistische Wissensbestände		CBPR, qualitative Interviews, Dokumentanalyse

DeZIM e.V. | 6

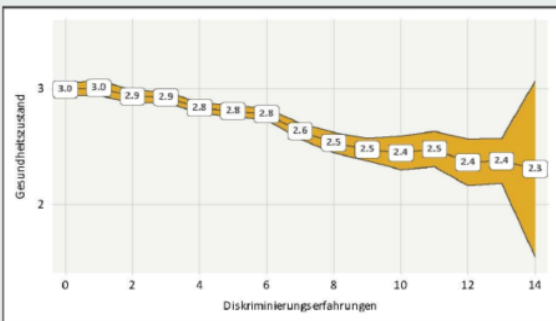
Gesundheitszustand


Nationaler Diskriminierungs- & Rassismusmonitor



Self-identified ethnicity	Gender	Health Status (0-3)
nicht rassistisch markiert	männlich	2.8
	weiblich	2.8
muslimisch	männlich	2.9
	weiblich	2.8
asiatisch	männlich	2.8
	weiblich	2.8
Schwarz	männlich	2.9
	weiblich	2.8
deutsch mit Migrationshintergrund	männlich	2.8
	weiblich	2.8

- keine Gruppen- oder Geschlechterunterschiede bei Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes zeigen



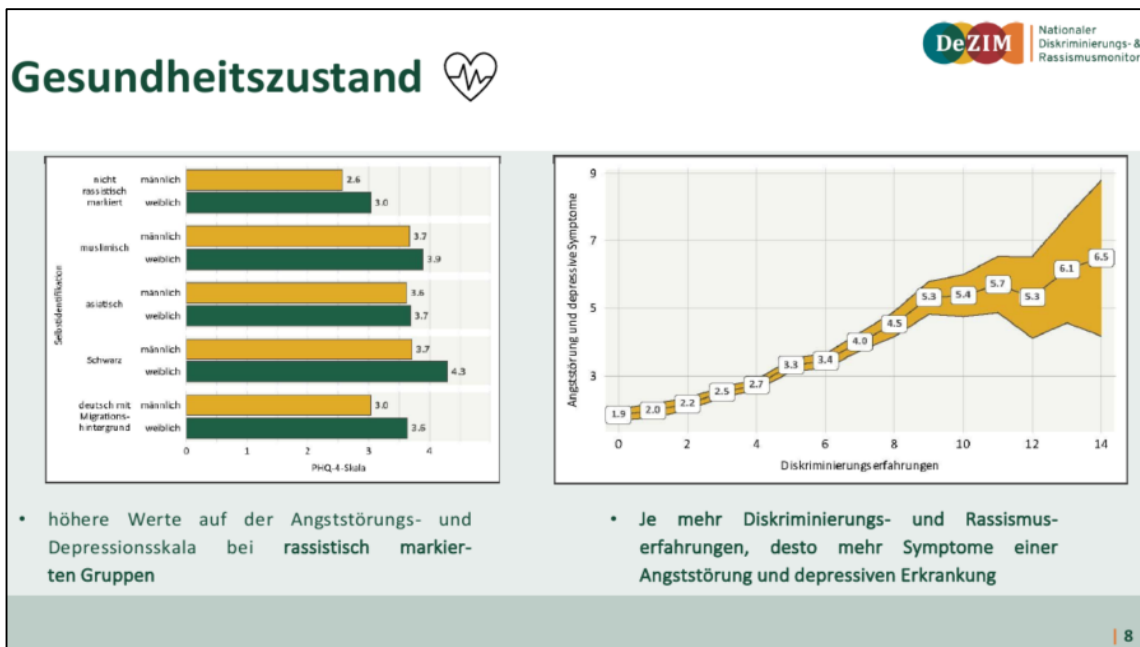
- Je mehr Diskriminierungs- und Rassismuserfahrung, desto schlechter der allgemeine Gesundheitszustand

| 7

Die linke Balkengrafik beschreibt den Gesundheitszustand. Die gute Nachricht: Ein Großteil dieser Bevölkerungsgruppen fühlt sich gesund. Wir haben die Beteiligten gefragt, wie gesund sie

sich fühlen - auf einer Skala von 0 (sehr schlecht) bis 3 (gut). Die überwiegende Mehrheit sagt, dass es ihr gut geht.

Das Problem wird deutlich, wenn wir die Frage nach dem subjektiven Empfinden der eigenen Gesundheit in einen Zusammenhang mit Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen bringen. Wir können zeigen: Je mehr Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen gemacht werden, desto schlechter wird die körperliche Gesundheit eingeschätzt. Es gibt also einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen.



Das Gleiche lässt sich in Bezug auf die psychische Gesundheit sagen. Wir haben nach Depressionen und Angststörungen - gemessen auf der Grundlage des PHQ-4-Fragebogens - gefragt. Auch hier zeigt sich: Je mehr Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen gemacht werden, desto schlechter schätzen die Befragten ihre psychische Gesundheit ein. Es gibt also einen Zusammenhang zwischen dem Wohlbefinden und Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen.

Terminvergabe


 Nationaler
Diskriminierungs- &
Rassismusmonitor

„Betreff: Termin vereinbaren
Sehr geehrte Damen und Herren,

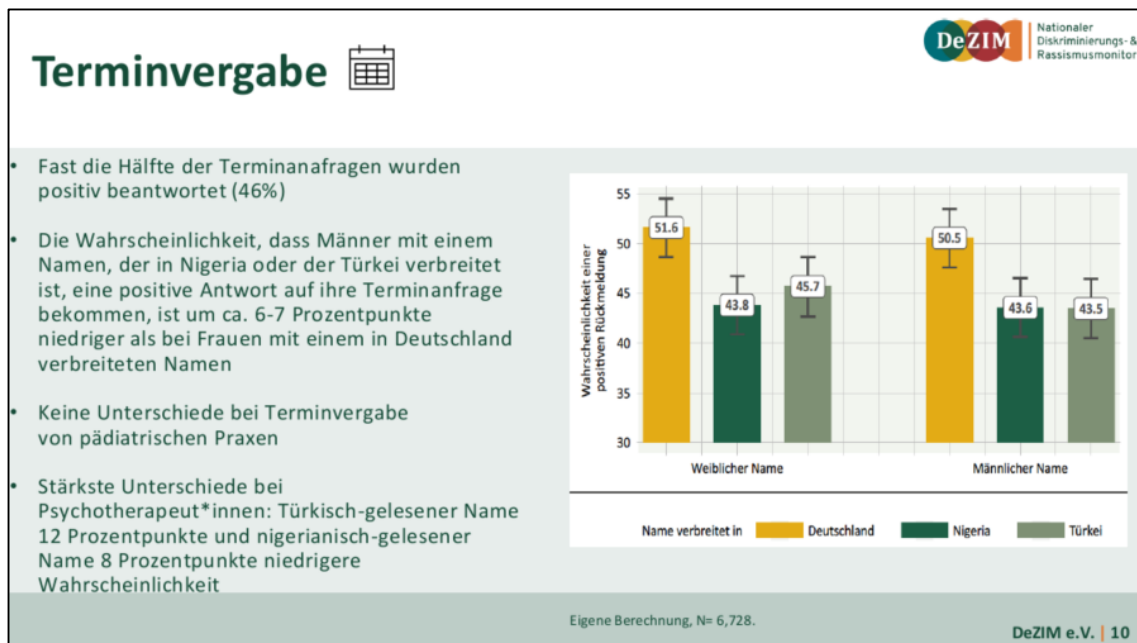
Ich möchte gerne einen Termin als Patientin in Ihrer Praxis ausmachen. Ich habe viele Muttermale und würde die gerne mal wieder untersuchen lassen.
Ich bin bei der Allianz versichert.
Ich bin zeitlich flexibel und würde mich über einen Vorschlag für einen baldigen Termin freuen. Ich werde diesen dann zeitnah bestätigen.
Vielen Dank für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen
Elif Yilmaz“

- 6.800 zufällig ausgewählte Praxen von niedergelassenen Ärzt*innen
 - Allgemeinmedizin
 - Dermatologie
 - Pädiatrie
 - Radiologie
 - Psychotherapie


 9

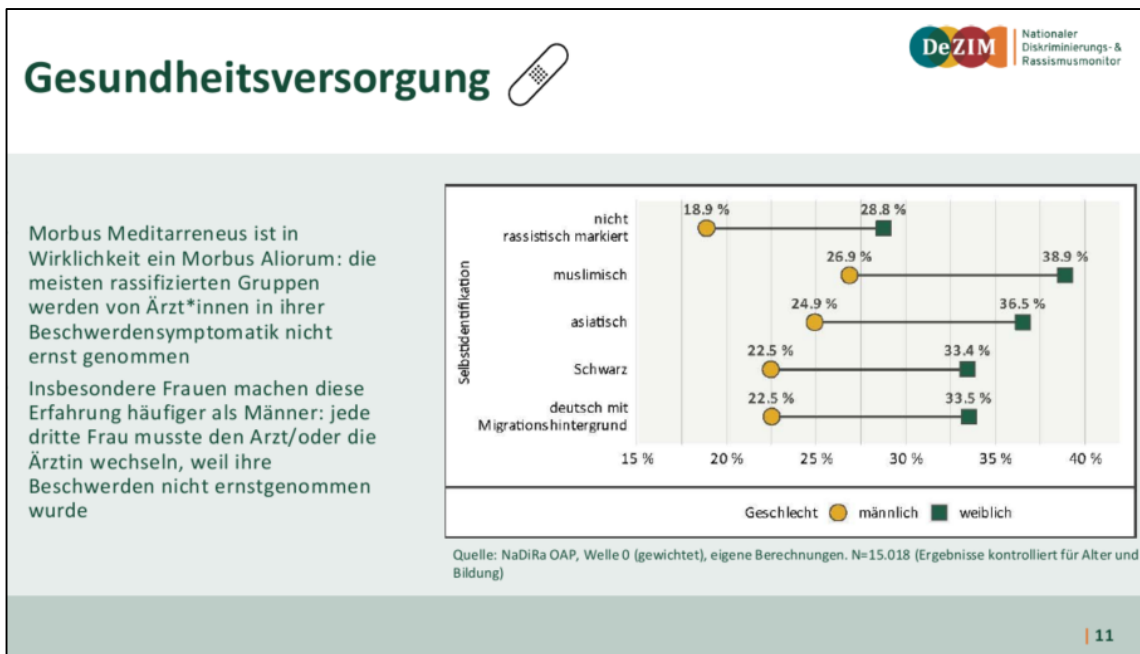
Jetzt könnte man einwenden: Das alles ist doch subjektiv! Wer weiß, ob die Leute wirklich depressiv sind oder ob sie ihren Gesundheitszustand selbst bewerten können. - Deswegen haben wir ein Experiment durchgeführt: Wir wollten wissen, wie der Zugang zu ärztlicher Versorgung ist. Wir haben 6 800 zufällig ausgewählte Arztpraxen angeschrieben - von der Radiologie bis zur Dermatologie, auch Psychotherapie. Wir haben die Namen in den fiktiven Terminanfragen variiert. Erstens wurde ein Türkei-stämmiger Name gewählt, zweitens ein afrikanisch klingender Name, drittens ein deutscher Name. Aber wir haben auch Dokortitel eingefügt und herausgenommen, zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung gewechselt. So haben wir ermittelt, wie sich das Antwortverhalten mit der Manipulation unserer Anfragen verändert.



Erst einmal auch hierzu eine positive Nachricht: 46 % aller Ärzt*innen, die wir angeschrieben haben, haben eine positive Antwort auf diese fiktiven Terminanfragen gegeben. Gleichwohl werden Unterschiede deutlich. Namen, die in der Türkei oder in Nigeria weit verbreitet sind, weisen eine um 6 bis 7 Prozentpunkte verminderte Wahrscheinlichkeit auf, von den Ärzt*innen eine Antwort zu erhalten.

Bei pädiatrischen Praxen gibt es keine Unterschiede. Vielleicht verändert sich etwas, wenn es ums Kindeswohl geht. Diese Hypothese braucht aber mehr Forschung.

Erschreckend fand ich, wie die Psychotherapeut*innen auf diese fiktiven Anfragen reagiert haben: Sie schneiden mit Abstand am schlechtesten ab: Bei ihnen liegt die Wahrscheinlichkeit, eine Antwort zu erhalten um 8 bis 12 Prozentpunkte unter der für deutsche Namen. Bitte erinnern Sie sich an die Grafik zu den psychischen Belastungen in Verbindung mit Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen. Hinzu kommt also, dass es dann auch noch einen erschwerten Zugang zu Psychotherapieplätzen gibt. Damit müssen sich Politik und Gesundheitsversorgung unbedingt auseinandersetzen.



In der Gesundheitsversorgung und Medizin ist der „Morbus Mediterraneus“ nach wie vor implizites, in den Institutionen eingeschriebenes „Wissen“, auch wenn er nicht mehr in der Lehre auftaucht. Dahinter verbirgt sich, vereinfacht ausgedrückt, das vermeintliche Wissen, dass Menschen aus dem globalen Süden in ihrer Schmerzsymptomatik übertreiben. Internationale Forschung zeigt, dass das unter anderem dazu führt, dass migrantischen Frauen keine PDAs gesetzt werden, weil die Pflegekräfte oder Ärzt*innen davon ausgehen, dass diese Personen übertreiben.

Wir wollten dieser Frage nachgehen und wissen, ob es sich bei derartigen Berichten um etwas Systematisches und Strukturelles handelt, was verbreitet ist, oder ob es sich um Einzelfälle handelt. Insbesondere Frauen machen diese Erfahrung, und in dieser Gruppe ganz besonders muslimische Frauen: fast 40 % von ihnen geben an, diese Erfahrung bereits gemacht zu haben. Ich halte 40 % für eine enorm hohe Zahl. Diese Auswertung zeigt, dass hier Sexismus und Rassismus gekoppelt sind, was zu Ungleichheitsdynamiken führt, die für die Patient*innen wirklich gesundheitsschädigend sein können.

Deutlich wird ferner, dass auch 30 % der Frauen ohne Migrationshintergrund diese Erfahrung machen. An dieser Stelle scheint es eine weiße männliche Norm zu geben. Alles was davon abweicht, wird nicht ausreichend ernst genommen.

Rassistische Wissensbestände



- **Einfluss von Rassismuskursen/-praktiken – Beispiel:**

Schwarze Frauen werden hypersexualisiert, muslimisch gelesene Frauen wird eine unterdrückte Sexualität zugeschrieben. In der Folge werden schwarzen Frauen häufig HIV/STI-Testungen angeboten. Dagegen sehen medizinische Kräfte keinen Grund, gewisse Gesundheitsdienstleistungen bei muslimischen Frauen durchzuführen

- **Unter- und Überrepräsentationen rassifizierter Gruppen in Lehrmaterialien und Praktiken der Wissensvermittlung:**

Verschiedene dieser Gruppen werden oft nur vage spezifiziert und z.B. mit „übermäßige[m] Alkohol- und Drogenkonsum“, „erhöhtem Risiko für sexuell übertragbare Krankheiten“

- **Selbstbild der Ärzt*innenschaft („Neutralität“) als Barriere für eine kritische Auseinandersetzung mit Rassismus**

Im Medizinstudium wie auch im praktischen Berufsalltag deuten sich Formen einer Tabuisierung von Rassismus an, die in den Interviews und Fokusgruppen auch im Kontext von Neutralitätsansprüchen benannt werden

DeZIM e.V. | 12

Ich komme zum Schluss meines Vortrags. Wir haben auch mit Patient*innen in Fokusgruppen zusammengearbeitet; denn wenn wir mit den Leuten sprechen - Interviews, aber auch beim Ausfüllen von Fragebögen -, wird deutlich, dass sie sehr oft ihre eigenen Diskriminierungserfahrungen entweder nicht sehen oder herunterspielen. In den Fokusgruppen ist deutlich geworden, dass es ratsam ist, wenn man sich mit dieser Thematik auseinandersetzt, von Rassismen zu sprechen, weil sie jeweils anders wirken.

Einige Beispiele: Viele schwarze Frauen haben in den Fokusgruppen berichtet, dass ihnen ungefragt HIV-Testungen angeboten wurden, was deutlich macht, dass eine Hypersexualisierung vorliegt, aber auch eine Verbindung von Kontinenten und Krankheitsbildern. Muslimische Frauen haben hingegen berichtet, dass ihnen dieses Angebot noch nie gemacht wurde, was darauf schließen lässt, dass muslimischen Frauen ihre Sexualität abgesprochen wird.

Deswegen muss man von unterschiedlichen Rassismen sprechen, auch wenn das Ergebnis dann in beiden Fällen eine schlechtere Gesundheitsversorgung ist. Darauf müssen wir achten.

Wir haben uns auch Lehrmaterialien angeschaut, mit denen Studierende arbeiten. Wir sind zu dem Ergebnis gekommen, dass schwarze Haut bei Hautkrankheiten kaum repräsentiert wird. Dieser Mangel führt zum Beispiel auch dazu, dass medizinische Geräte, die Hautkrankheiten diagnostizieren sollen, bei schwarzer Haut nicht funktionieren, weil die Norm eine andere ist. Auch darauf müssen wir also achten. Aber auch die Weiterbildung muss sich ändern. Wenn schwarze Menschen - bzw. migrantische im Allgemeinen - in Lehrmaterialien präsent sind, dann geht es eher um Drogen- und Alkoholkonsum, Gewaltdelikte usw. An der Stelle gibt es also sowohl eine Unter- als auch eine Überrepräsentation.

Ein Hauptproblem ist das Selbstverständnis der Ärzt*innen, weil sie natürlich davon ausgehen, sie seien neutral und objektiv und behandelten alle Patient*innen gleich. Solange dieses Selbstbildnis gegeben ist, gibt es wenig Raum für Diskussionen, Kritik, Entwicklungen usw. Wir müssen also auch dieses Selbstverständnis angehen, denn ansonsten bekommen wir das Problem nicht in den Griff.

Handlungsempfehlungen in aller Kürze



WS 1: Rassismus und psychische Gesundheit

WS 2: Beratung, Beschwerde, Meldewesen

WS 3: Lehrpläne/Curricula, Aus- und Weiterbildung

WS 4: Zugang Geflüchteter zum Gesundheitssystem

Ich habe auch eine Übersicht zu Handlungsempfehlungen mitgebracht, aber das ist vielleicht schon eine Grundlage für die Diskussion, die wir gleich aufnehmen können.

Publikation



<https://www.rassismusmonitor.de>

14

Nur so viel: In diesem Bericht geben wir sehr viele Handlungsempfehlungen. Sie reichen von institutionellen Veränderungen bis hin zu gesetzlichen Änderungen. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit. Ich freue mich auf die Diskussion.

Abg. Holger Kühnlenz (AfD): Danke für den Vortrag; er war aufschlussreich. Ich habe eine Frage zu den Fachärzten: Haben Sie bei Fachärzten stärkeren Rassismus festgestellt als bei Allgemeinmedizinern? Oder haben Sie ihn verstärkt bei Krankenhausärzten festgestellt? Kann man da in Ihrer Statistik einen Trend sehen?

Herr Dr. Cihan Sinanoğlu: Nein, einen solchen Trend können wir nicht sehen. Wir haben rund 6 800 Arztpraxen verschiedener Richtungen angeschrieben. Würde man auch Krankenhäuser betrachten, würden sich vielleicht andere Ergebnisse zeigen. Wir haben Krankenhäuser in der Hinsicht also nicht betrachtet.

Es braucht zu diesem Thema mehr Forschung. In Notfällen, wenn Ärzt*innen schnell entscheiden müssen, hilft Rassismus vermeintlich bei der Entscheidungsfindung. Das haben die

Interviews gezeigt; das kann ich aber nicht als repräsentative und systematische Aussage tätigen. Wenn es schnell gehen muss, kann Rassismus dazu führen, dass Entscheidungen getroffen werden, die nicht zum Wohle der Patientin oder des Patienten sind. Beispielsweise muss ein Dolmetscher geholt werden. Oder die Person hat keine Krankenversicherung. Oder es sind mehrere Familienmitglieder vor Ort, was den Betrieb und den Ablauf stört. Darauf muss man ein stärkeres Augenmerk legen. Aber dazu kann ich, wie gesagt, keine systematisch abgesicherten Aussagen treffen. Ich vermute aber, dass das da noch stärker reinspielt.

Frau **Seyhan Öztürk**: Vielen Dank für die Präsentation Ihrer Arbeitsergebnisse. Wir hören immer wieder, dass - vermeintlich - keine Diskriminierung vorliege, sondern Sprachbarrieren. Wurden bei den Befragten die sprachlichen Kenntnisse und Fähigkeiten im Deutschen mit erfasst, um zu klären, ob es nur sprachliche Probleme oder mehr gibt? Dass diskriminiert wird, ist wohl für uns alle hier klar.

Herr **Dr. Cihan Sinanoğlu**: Wir haben die Sprachkenntnisse abgefragt; dazu sind auch im Bericht Ergebnisse zu finden. Die Befragten konnten ihre sprachlichen Fähigkeiten selbst angeben. Wir haben an der Stelle zumindest aus der Betroffenenperspektive keinen großen Effekt auf die Gesundheitsversorgung feststellen können.

Bei diesem Thema handelt es sich um eine laufende Debatte, die sich im Grunde genommen zwischen der Rassismus- und der Integrationsforschung abspielt. Nach meiner Auffassung sind Fragen des Linguizismus, also der Hierarchisierung von Sprache, auf jeden Fall eine rassistische Praktik; denn, wenn sich eine Institution nicht auf die Migrationsgesellschaft einstellt, dann verfehlt sie in der Versorgung ihre Ziele. Deswegen geht es eigentlich eher darum, die Institutionen multilingual aufzustellen und nicht darauf zu beharren, dass alles auf Deutsch ablaufen muss. Das ist eine große Herausforderung, manchmal auch eine Bürde. Aber ich glaube, dort müssen wir hin.

Herr **Dr. Anwar Hadeed**: Auch von meiner Seite vielen Dank für die Ausführungen. Sie haben berichtet, dass bei den Terminanfragen unterschiedliche Kategorien genannt wurden, zum Beispiel auch der Bildungsstand. Gab es auch anhand dieser Kategorien Unterschiede bei der Terminvergabe.

Herr **Dr. Cihan Sinanoğlu**: Uns hat überrascht, dass es in der Hinsicht keine Unterschiede gab. Die Kategorie, die am stärksten zu unterschiedlichem Antwortverhalten führte, waren die Namen. Auch die Angabe zur privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung hatte keine großen Effekte. Auch das hat uns überrascht.

Abg. **Julia Retzlaff** (SPD): Auch von mir herzlichen Dank. Das war sehr aufschlussreich. Ihr Vortrag wirft, je länger man darüber nachdenkt, immer vielschichtigere Fragen auf. Ich habe erst einmal zwei:

Gibt es auch regional differenzierte Erkenntnisse? Oder ist Ihre Stichprobe so dimensioniert, dass man nur Ergebnisse mit bundesweiter Gültigkeit ableiten kann, nicht aber regional?

Haben Sie auch Erkenntnisse dazu, ob sich Rassismus im Gesundheitswesen verändert, wenn auf der anderen Seite mehr Menschen mit Migrationsgeschichte arbeiten? Wir wissen, dass häufig auch Pflegekräfte, die aus dem Ausland kommen, Rassismus ausgesetzt sind. Zeichnen sich in dieser Frage Veränderungen ab? Haben Sie das mitbetrachtet?

Herr **Dr. Cihan Sinanoğlu**: Wir haben uns die Werte auch nur für Niedersachsen angeschaut. Niedersachsen bewegt sich ungefähr im Bundesschnitt.

Wir haben nicht untersucht, inwieweit die Interaktion mit Pflegekräften oder Ärzt*innen mit Migrationshintergrund einen Effekt hat. Aber ich glaube - ohne dazu geforscht zu haben -, der Effekt liegt nahe: Sobald man mit einer Person in einer anderen Sprache als Deutsch kommunizieren kann - auch die Sichtbarkeit -, macht das etwas aus, zumindest emotional. Ich weiß nicht, ob die Gesundheitsversorgung dadurch besser wird. Aber ich glaube, dass das einen Effekt hat. Soweit ich weiß, wird derzeit dazu in Nordrhein-Westfalen eine Untersuchung mit Pflegekräften durchgeführt, also aus der Pflegendenperspektive. Festzustellen ist, dass Ärzt*innen und Pflegekräfte selbst von Rassismus und Diskriminierungserfahrungen berichten. So wollen manche Patient*innen nicht von ihnen behandelt werden; die schicken Ärzt*innen und Pflegekräfte sogar weg. Das hören wir immer wieder.

Aber ich glaube, dass die zunehmende Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen einen langfristigen positiven Effekt auf die Patient*innen haben wird.

Abg. **Tamina Reinecke** (GRÜNE): Vielen Dank für den sehr spannenden Vortrag. Ich habe aus Ihrem Vortrag mitgenommen, dass die Rassismus-Awareness bei Ärzten wohl nicht besonders groß ist. Deshalb frage ich mich, ob dieses Thema in der Ausbildung überhaupt adressiert wird. Das wäre doch der beste Weg, um dem Problem für die Zukunft zu begegnen.

Herr **Dr. Cihan Sinanoğlu**: Das ist eine der Handlungsempfehlungen, die wir vorschlagen. Wir müssen auf jeden Fall die Lehrpläne und Curricula von Medizinstudierenden überarbeiten. Es gibt einige Bundesländer und einige Städte, die entsprechende Kurse anbieten. Diese kann man auf freiwilliger Basis belegen. Aber eigentlich müsste das etwas Verpflichtendes sein, weil das eben kein Randphänomen mehr ist, sondern wirklich die Gesundheitsversorgung eines doch beträchtlichen Teils der Bevölkerung beeinflusst. Also würde ich vorschlagen, dass so etwas verpflichtend eingeführt werden sollte. Das ist es bislang aber noch nicht.

Frau **Séverine Jean**: Sie sprachen bestimmte medizinische Geräte an, die beispielsweise nicht mit dunkler Hautfarbe kompatibel sind. Können Sie dazu noch näher ausführen?

Herr **Dr. Cihan Sinanoğlu**: Wir selber haben dazu keine Forschung gemacht, sondern ich habe quasi die internationale Forschung, die es hier gibt, zitiert. Bei Hautkrebs ist das, wie gesagt, der Fall, aber auch in anderen Bereichen. Die Forschung in Deutschland hinkt hier noch hinterher. Das heißt, es braucht eine systematische Erfassung von diesen Geräten. Das ist noch nicht gemacht worden. Es gibt aber Kolleg*innen der Charité, die das untersuchen. Das heißt, da müsste man noch mal draufschauen.

Wir haben bis jetzt sehr wenig über Handlungsempfehlungen gesprochen. Curricula müssen also überarbeitet werden. Wir brauchen diskriminierungskritische Organisationsentwicklung innerhalb von Krankenhäusern. Es gibt ein gutes Beispiel am UKE in Hamburg; dort gibt es eine Antirassismusbeauftragte. Das ist schon mal ein erster Schritt, wo bestimmte administrative Dinge zusammenlaufen. Es ist eine Beschwerdestelle, von dort aus kann man, glaube ich, viel wirken. Aber es müssen natürlich auch bestimmte Projekte oder Modellprojekte, die in diesem Bereich arbeiten, weiterhin gefördert werden. Ich glaube, nach mir kommt ein Redner, der ein Modellprojekt unter dem Titel „Rassismus macht krank“ hat, also wo man Empowerment stärkt, über Patient*innenrechte aufklärt, eine solche Organisationsentwicklung anstößt. Diese Projekte

sollten natürlich gestärkt werden. Wir sind hier wirklich noch am Anfang. Deshalb ist alles, was hilft, Awareness zu schaffen, in die Strukturen hereinzuwirken, wichtig und sollte auf jeden Fall unterstützt werden.

Frau **Karin Loos**: Einen Problembereich, den Sie erfreulicherweise auch benannt haben, haben wir bereits im Vorfeld dieser Anhörung erlebt. Wir haben die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen eingeladen, und diese hat geantwortet, sie kenne überhaupt keine Diskriminierungstatbestände. Eine der wichtigen Aufgaben des Netzwerks für traumatisierte Flüchtlinge besteht darin, psychisch kranke Geflüchtete zu Psychiatern zu vermitteln. Ich kann nicht bestätigen, dass es dabei keine Diskriminierungstatbestände gibt. Deshalb bin ich sehr gespannt auf Ihre Handlungsempfehlungen.

Herr **Dr. Cihan Sinanoğlu**: Ich habe mal vier Stück mitgebracht. Wie gesagt, vieles davon finden Sie in dem Bericht.

Zunächst hatte ich ja hingewiesen auf die Kopplung „Rassismus in der Psychotherapie“. Hier helfen natürlich Dinge, die auf der Bundesebene beschlossen wurden, in Bezug auf Kürzungen usw. überhaupt nicht weiter. Wir haben vielmehr eine krasse Unterversorgung, die die ganze Bevölkerung betrifft - und eben von Rassismus betroffene Menschen noch stärker. Das heißt, wir müssen eigentlich mehr investieren und die Versorgungsstrukturen stärker ausbauen. Das gilt dann natürlich auch für das Bundesland Niedersachsen, diese Kürzung hier nicht mitzugehen. Mir ist schon klar, es gibt die angespannte Haushaltslage. Aber ich glaube, die Kosten, die auf uns zukommen, sind viel höher. Das heißt: mehr Psychotherapieplätze, erleichterter Zugang, das ist das eine.

Zweitens brauchen wir mehr unabhängige Beschwerdestellen, ein Meldewesen und auch Beratungsstellen, die Patient*innen unterstützen, wenn diese Fälle passieren. Diese müssen unabhängig sein, sie können aber auch angedockt sein bei Kliniken usw. Aber diese Beratungs- und Meldestrukturen müssen weiter ausgebaut werden. Und es reicht nicht, sie nur auszubauen, sondern sie müssen auch bekannt gemacht werden. Viele Menschen - vor allen Dingen, wenn Sie über Flucht sprechen - haben Angst, mit diesen Erfahrungen irgendwo hinzugehen, weil Aufenthaltsfragen damit zusammenhängen könnten usw. Das heißt, es braucht hier ein Empowerment. Und das schaffen wir, wenn wir die Meldelandschaft und die Beschwerdestellen diversifizieren und in ihren Strukturen stärken.

Drittens brauchen wir eine institutionelle Veränderung in Bezug auf die Lehrpläne und Curricula. Diese müssen diskriminierungs- und rassismuskritisch aufgestellt werden. Und damit einhergehend ist die verpflichtende Aus- und Weiterbildung für alle Ärzt*innen und für das Pflegepersonal. Auch das kann nicht auf freiwilliger Basis stattfinden, aus den Gründen, die wir besprochen haben.

In Bezug auf die Geflüchteten haben wir eine besonders prekäre Lage, weil es immer noch so ist, dass Geflüchtete, die im subsidiären Schutz sind, zur Ausländerbehörde gehen und ihre Symptome glaubhaft machen müssen, damit sie dann an einen Facharzt übermittelt werden. Das ist menschenrechtswidrig, und es ist kein gleicher Zugang. Wir wissen, dass kleinste Verzögerungen wirklich gravierende Folgen haben können. Und ich glaube, erst im Zusammenspiel dieser unterschiedlichen Maßnahmen kommen wir einen Schritt weiter.

Abg. **Holger Kühnlenz** (AfD): Sie sagten vorhin, dass sich mit Blick auf die Sprachprobleme das medizinische Personal ein Stück weit an die Patienten anpassen sollte. Gibt es Studien dazu, wie dieses Problem im Ausland gelöst wird? Wie läuft das beispielsweise in Frankreich? Werden irgendwo Ärzte auf Sprachschulen geschickt?

Herr **Dr. Cihan Sinanoğlu**: Das gilt für *alle* Institutionen in diesem Land. Wir haben knapp über 30 % Menschen mit Einwanderungsbiografien, Tendenz steigend. Bei den unter Zwölfjährigen sind es in Frankfurt zum Beispiel 70 %. Bei dem Fachkräftemangel, den wir haben, brauchen wir in den nächsten zehn Jahren 300 000 Pflegekräfte. Das heißt, diese Frage von „Wer muss sich wem anpassen?“ stellt sich für mich gar nicht, sondern wir brauchen einen institutionellen Wandel, der dem Rechnung trägt, dass Menschen, die hierher kommen, nicht ab Tag 1 perfektes Deutsch beherrschen. Und um die Gesundheitsversorgung dieser Menschen sicherzustellen, müssen wir in unsere Strukturen investieren. Das heißt, wir brauchen Dolmetscher*innen in Krankenhäusern und Arztpraxen. Das gibt es zum Teil, aber das muss weiter ausgebaut werden. Wir brauchen mehr Zeit für die Patient*innen, die zu uns kommen usw. Das ist das, was ich meine. Wir könnten jetzt auch einfach sagen: Ist uns egal, die müssen halt einfach Deutsch lernen, wenn sie eine vernünftige Gesundheitsversorgung wollen. - Aber ich glaube, die Kosten, die damit einhergehen, und die fehlende Gesundheitsversorgung können nicht im Interesse dieses Landes sein.

Abg. **Holger Kühnlenz** (AfD): Ich fragte ja vorhin nach entsprechenden Erfahrungen aus dem europäischen Ausland. Gibt es da irgendwelche Best-Practice-Beispiele?

Herr **Dr. Cihan Sinanoğlu**: Das gibt es. Länder, die sich als Einwanderungsländer begreifen, haben immer Mehrsprachigkeit in ihren gesundheitlichen Institutionen, Flyer auf mehreren Sprachen, durchaus auch Dolmetscher im Dienst usw. Ich würde gar nicht sagen, dass Deutschland dabei im europäischen Vergleich super schlecht abschneidet. Wir haben ja keine vergleichende Studie gemacht. Wir sehen aber durchaus, dass das Auftauchen von sprachlichen Barrieren - in der Kopplung mit „Bettliegezeiten werden runtergefahren“, die Zeit, die einem Patienten in der Diagnostik zur Verfügung gestellt wird, wird runtergefahren, weil eben ganz viele Krankenhäuser profitorientiert arbeiten - im Grunde ein Einfallstor für rassistische Wissensbestände ist, weil es eben Entscheidungen sehr schnell herbeiführen kann.

Um das auszuhebeln, das hatte ich ja gesagt, braucht es mehr Zeit für Patient*innen, längere Bettliegezeiten und eben Dolmetscher im Dienst, die rassistische Wissensbestände nicht ganz aushebeln können, aber doch mehr Raum für das Individuum, das krank ist, einräumen und dadurch eben die bessere Gesundheitsversorgung ermöglichen. Es geht nicht darum, dass wir jetzt alle türkisch oder arabisch lernen müssen. Das ist nicht mein Punkt. Wir brauchen vielmehr eine professionellere Aufstellung, die mit den Realitäten der Migrationsgesellschaft in Einklang kommt. Und das passiert noch zu wenig.

Projekt „Rassismus macht krank“

Schriftliche Stellungnahme: **Anlage 1** zu dieser Niederschrift

Anwesend:

- Robin Marks, Projektleitung
- Marcus Wächter-Raquet, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V

Herr **Robin Marks**: Wir sind heute hier, weil wir Ihnen unser Projekt „Rassismus macht krank“ vorstellen wollen. Ich werde zunächst etwas zu den Rahmenbedingungen unseres Projekts sagen.



amfn.e.v.
Arbeitsgemeinschaft Migrantinnen,
Migranten und Flüchtlinge in Niedersachsen

Projekträger: Arbeitsgemeinschaft Migrantinnen, Migranten und Flüchtlinge in Niedersachsen - amfn e.V.

Kooperationspartner: Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V., frauenBUNT e.V.

Geplanter Förderzeitraum: 01/2025 – 12/2028

Finanzierung: Bundesprogramm Demokratie leben!, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung

Wir werden im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“ gefördert - mit einer Kofinanzierung durch das niedersächsische Sozialministerium. Projektträger ist amfn e.V., und wir kooperieren in diesem Projekt mit der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V - dazu gehört Herr Wächter-Raquet - und mit dem migrantischen Verein frauenBUNT e.V. in Braunschweig.

Das Projekt war eigentlich bis Ende 2028 geplant, aber wie Sie wahrscheinlich mitbekommen haben, hat die Neuausrichtung des Bundesprogramms dazu geführt, dass wir jetzt Ende dieses Jahres das Projekt schon vorzeitig beenden müssen.

Ziele

Abbau von Rassismus im Gesundheitswesen

Stärkung von Migrant*innenselbstorganisationen (MSO) und Betroffenen im Umgang mit Rassismus

Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen

Das Hauptziel, das wir mit dem Projekt verfolgen, ist der Abbau von Rassismus im Gesundheitswesen. Und das machen wir im Grunde von zwei Seiten aus. Auf der einen Seite, das war auch der Grund, weswegen wir das Projekt überhaupt entwickelt haben, geht es uns darum, die Patient*innen, die Rassismus bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erfahren, zu stärken und zu informieren. Dafür nutzen wir natürlich auch unsere Funktion als Dachorganisation der Migrantenorganisationen in Niedersachsen. Das ist die eine Seite.

Und die andere Seite: Wir haben gesagt, dass wir nicht ewig den Problemen nur hinterherlaufen können. Deshalb befassen wir uns auch mit einer rassismuskritischen Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen, und da im Speziellen in der Arbeit mit Krankenhäusern. Ich werde jetzt zum ersten Teil etwas sagen. Herr Wächter-Raquet wird dann über die Organisationsentwicklung sprechen.

Empowerment

Rassismus und Gesundheit

Informationen über Rechte bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Entwicklung von Handlungsstrategien zum Umgang mit rassistischer Diskriminierung



Gesund in der Familie trotz Rassismus

Worum geht's?

- Ihre Rechte als Patient*innen
- Die Pflichten von Behandelnden, Ärzt*innen & medizinischem Personal
- Ihre Handlungsmöglichkeiten bei Diskriminierung im Gesundheitssystem
- Empowerment

Für wen?

- BIPoC Familien
- Schwarze Frauen, Eltern & Kinder
- Jung & alt

Was gibt's sonst?

- Einen zweiten Raum für Eltern und Kinder
- Kinderbetreuung
- Verpflegung

Samstag 26. Juli 2025 11.00 – 15.30 Uhr

ADV-Nord e.V.
 Bademeisterstraße 12
 30449 Hannover

Anmeldung und Fragen: info@adv-nord.org +49 (0)511 251086

Wir bieten Empowerment-Workshops an. Das tun wir an unseren beiden Standorten Hannover und Braunschweig. Dabei geht es im Grunde darum, dass wir den Menschen einen Raum bieten, in dem sie sich über ihre Rassismuserfahrungen austauschen können, wo sie aber auch Informationen darüber bekommen: Was ist Rassismus eigentlich? Wie äußert sich das? Welche verschiedenen Formen gibt es? Welche Auswirkungen hat das auf meine Gesundheit?

Dann geben wir ihnen Informationen über ihre Rechte, die sie als Patient*innen haben und entwickeln gemeinsam mit ihnen Handlungsstrategien, wie sie sich verhalten können, wenn sie in Situationen kommen, in denen sie rassistisch diskriminiert werden.



Das sieht man jetzt hier oben rechts. Das sind ein paar Impressionen von den Workshops, die wir machen.

Wir sind auch nicht nur mit Migrantenselbstorganisationen unterwegs, links unten sieht man zum Beispiel den Workshop, den wir zusammen mit dem Gesundheitsamt in Braunschweig durchgeführt haben.

Rechts unten sieht man eine Workshop-Ankündigung vom Deutschen Pflegetag 2025, wo wir von der BGW eingeladen wurden und dort den Bereich „Rassismus in der Pflege“ mit einigen Veranstaltungen bedient haben.

Website

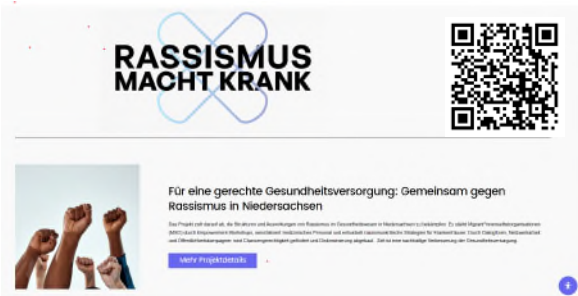
Patient*innenrechte

Beschwerdewegweiser

Weiterführende Informationen

Kontakt

www.rassismus-macht-krank.de



Alles, was wir machen, findet sich auf unserer Website „www.rassismus-macht-krank.de“. Dort gibt es dann auch noch einen Beschwerdewegweiser, weil es wirklich sehr kompliziert ist, sich zu beschweren bzw. rauszukriegen, wer eigentlich die Stelle ist, an die man eine mögliche Beschwerde richten kann.

Letztes Jahr haben wir, weil die Sensibilisierung und Aufklärung über das Problem eigentlich eine Querschnittsaufgabe bei uns im Projekt ist, eine Plakatkampagne entwickelt. Sie trägt den Titel: „Du hast das Recht, ernst genommen zu werden.“ Wir haben auch eben schon gehört, dass das ein signifikantes Problem ist.

Wir haben bei der Entwicklung dieser Kampagne eine Umfrage durchgeführt. Das hat jetzt natürlich nicht das Ausmaß, das wir vom NaDiRa kennen. Aber wir haben trotzdem 85 Menschen, vor allem in Niedersachsen, erreicht.

Ich möchte jetzt mal einige Zitate aus dieser Umfrage vorlesen, weil ich glaube, dass das hilft, ein besseres Bild von Realität zu bekommen - gerade, wenn man nicht betroffen ist.

„Meine Speisevorschriften wurden nicht berücksichtigt. Meine Schmerzen wurden erst ernst genommen, als ich fast kollabiert bin. Vor allem an der Rezeption, wenn man angeschrien wird, bevor man überhaupt ein Wort sagt. Sobald ich zwei, drei Sätze spreche, sind sie plötzlich leiser. Keine Sprache, die man nicht gut kann, kann man plötzlich besser verstehen, nur weil die Person einen anschreit. Ich fühlte mich wie Ballast, wie ein Kästchen, das schnell abgehakt werden muss.“

Warum unsere Kampagne „Du hast das Recht, ernst genommen zu werden“ heißt, sieht man natürlich schon bei dem ersten Zitat. Das zieht sich, auch wenn es nicht immer explizit genannt wird, durch fast alle Erfahrungsberichte.

Auf der folgenden Folie sehen Sie ein etwas längeres Zitat:

Zitate aus unserer Umfrage

„Ich hatte Krampfanfälle durch eine Vergiftung. Es war Freitagnachmittag, am Telefon **weigerte sich** der Notdienst 112 zu kommen – da sei ja noch ‚genug Zeit für den Hausarzt‘. Ich konnte kaum sprechen und hatte die ganze Zeit **Angst**, mir auf die Zunge zu beißen. Ich humpelte mit letzter Kraft in eine Apotheke, wo man schnell schaltete und mich in eine Arztpraxis brachte. (...) Am schlimmsten aber war der Notarzt: Er lachte mich aus und **zog mich**, obwohl ich kaum stehen konnte, **an den Haaren in den Rettungswagen**. (...) Erst die Sanitäterin, die vorher nicht eingegriffen hatte, sagte: ‚**Keine Angst, der fährt nicht mit.**‘ (...) Dennoch **fühlte ich mich kaum, wie ein Mensch behandelt**. Seitdem fahre ich im Notfall nur noch mit dem Taxi, oft mit PoC-Fahrern, die mich ernst nehmen.“

In diesem Zitat steckt ziemlich viel drin. Da haben wir zum einen die Sanitäterin, die in der Situation nichts macht. Was ich aber noch sehr viel aussagekräftiger finde, ist, dass der Vertrauensverlust in die Institution bedeutet, dass diese Person aufgrund dieser Erfahrung jetzt die Entscheidung getroffen hat: Ich vertraue in einem Notfall nicht darauf, dass der Krankenwagen kommt, sondern ich rufe mir ein Taxi. Das finde ich sehr bezeichnend.

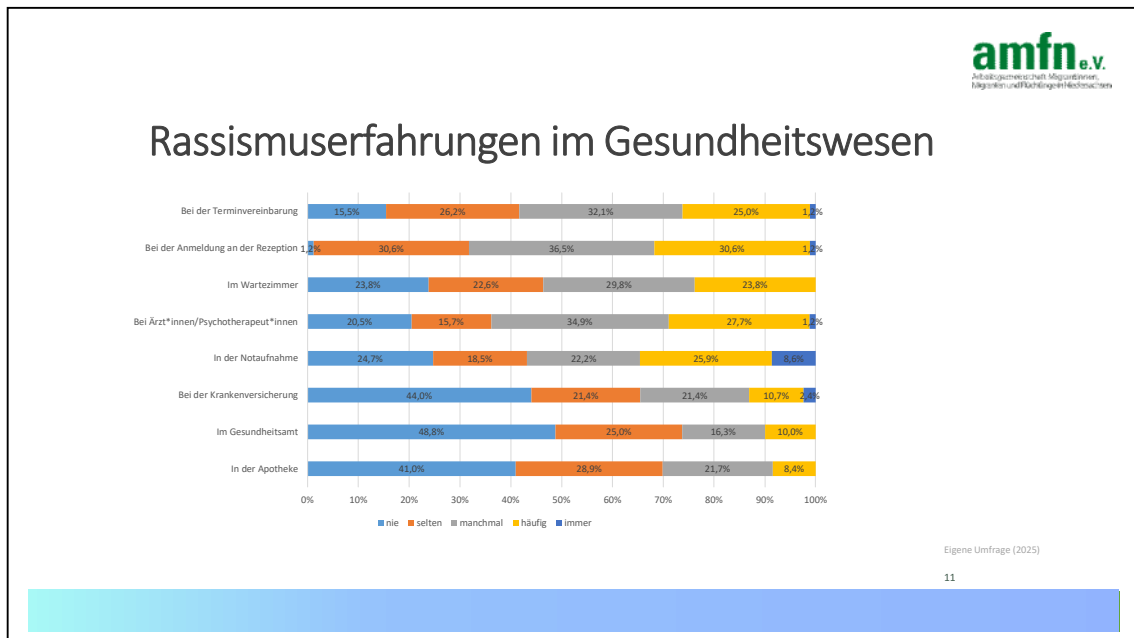
Auf der nächsten Folie findet sich noch ein Zitat. Das hat mich auch ein bisschen schockiert, weil ich dachte, im Bereich der Geburtshilfe herrscht noch mehr Respekt:

Zitate aus unserer Umfrage

„Vor der Geburt meiner Tochter bei der Anmeldung im Krankenhaus sagte der Oberarzt mir, ich solle mich lieber gleich sterilisieren lassen. Ich fragte, ob es gesundheitliche Gründe geben würde. Seine Antwort: Nein, aber wir brauchen nicht noch mehr von euch. Ich fragte von wem bitte?! Seine Antwort: Ausländer und dann noch mit Kopftuch.“

„Ich habe in der Schwangerschaft (6. Monat) plötzlich geblutet. Im Krankenhaus kam ich erst nach 4 Stunden Wartezeit dran und die Ärztin meinte, es sei ja nicht so schlimm, wenn ich das Kind verliere. Personen wie wir können ja schnell ein neues Kind machen und dann hätten wir eben Pech gehabt. Da könne man nichts machen.“

Das kann ich wohl einfach so stehen lassen. Es gibt auch nicht nur diese beiden Zitate, die wir aus dem Bereich der Geburtshilfe haben. Da gibt es auch noch ein paar mehr.



Dann haben wir auch noch erfragt, wo die Menschen diese Rassismuserfahrungen gemacht haben. Da werde ich jetzt nicht groß auf Details eingehen. Wir sehen, dass ein Viertel bis ein Drittel der Beteiligten zumindest häufig Rassismuserfahrungen bei der Terminvereinbarung, bei der Anmeldung an der Rezeption, im Wartezimmer, im Behandlungsraum und in der Notaufnahme machen.

Was man hier vielleicht hervorheben kann, ist die Anmeldung an der Rezeption, wo 99 % der Beteiligten sagen, dass sie dort schon einmal einen rassistischen Übergriff oder eine rassistische Diskriminierung erlebt haben. Für den Bereich der Organisationsentwicklung gebe ich ab.

Herr **Marcus Wächter-Raquet**: Ich bin Referent bei der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V. Wir sind als Kooperationspartner in dem Projekt dabei. Mein Teil ist der Bereich der Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen.

amfn.e.v.
Antidiskriminierungsförderung
Migrant*innen und Flüchtlinge in Niedersachsen

Organisationsentwicklung

- Sensibilisierung und Professionalisierung**
 - Einführungsworkshop zu rassistischer Diskriminierung und Gesundheit
 - Workshops zu Diskriminierung am Arbeitsplatz
- Diskriminierungssensible Beschwerdestrukturen**
 - Für Patient*innen
 - Für Mitarbeitende
- Weiterentwicklung der Unternehmens-Policy**
 - Leitbild
 - Öffentlichkeitsarbeit

Sie sehen hier drei Handlungsbereiche, in denen wir tätig sind. Wir haben einen Kooperationspartner in dem Projekt gewinnen können. Das ist das Städtische Klinikum Wolfenbüttel. Dort sind wir regelmäßig zu Gast. Es gibt eine Steuerungsgruppe, und wir planen, dort Veränderungsprozesse zu initiieren.

Sie sehen, wir starten mit dem Prozess der Sensibilisierung und Professionalisierung der Mitarbeitenden vor Ort. Wir haben aktuell zwei Workshops in der Klinik etabliert, einmal für die Mitarbeitenden in der Klinik selber und einmal für die Lehrkräfte und Praxisanleiter*innen in der Pflegeschule.

Wir werden gucken, ob wir auch die Beschwerdestrukturen in diesem Klinikum verändern können. Es ist so - Sie kennen das vielleicht -: Wenn Sie sich in einem Klinikum beschweren wollen, müssen Sie erst mal auf der Webseite gucken, wo das eigentlich geht. Das wäre schon der erste Weg, den wir gerne verändern möchten. Und es sollte auch klarer werden, über was man sich eigentlich beschweren kann. Sie finden in der Regel nirgendwo, dass es hier um Diskriminierung geht, um welche Art von Diskriminierung auch immer. Deswegen kam auch beim ersten Gespräch in der Klinik die Aussage, dass es eigentlich gar keine Beschwerden zu diesem Thema gibt. Das liegt aber ja daran, dass man sich auch gar nicht traut, sich zu beschweren, weil es ja auch nirgendwo steht.

Nicht zu vergessen ist natürlich das Thema des Leitbildes, auch wenn das jetzt natürlich keine unmittelbaren Auswirkungen auf das hat, was man in der Klinik tut. Aber es ist ein Statement nach außen und auch nach innen. Es wäre uns sehr wichtig, dass wir an diesen Punkt rangehen. Das betrifft natürlich auch das Thema der Öffentlichkeitsarbeit. Da hat das Klinikum schon vorgelegt. Deswegen sind wir auch auf dieses Klinikum aufmerksam geworden. Es hat vor drei Jahren eine Kampagne initiiert, wo es sich gegen rechts aufgestellt hat.

Rassismus gegenüber Internationalen Pflegefachkräften

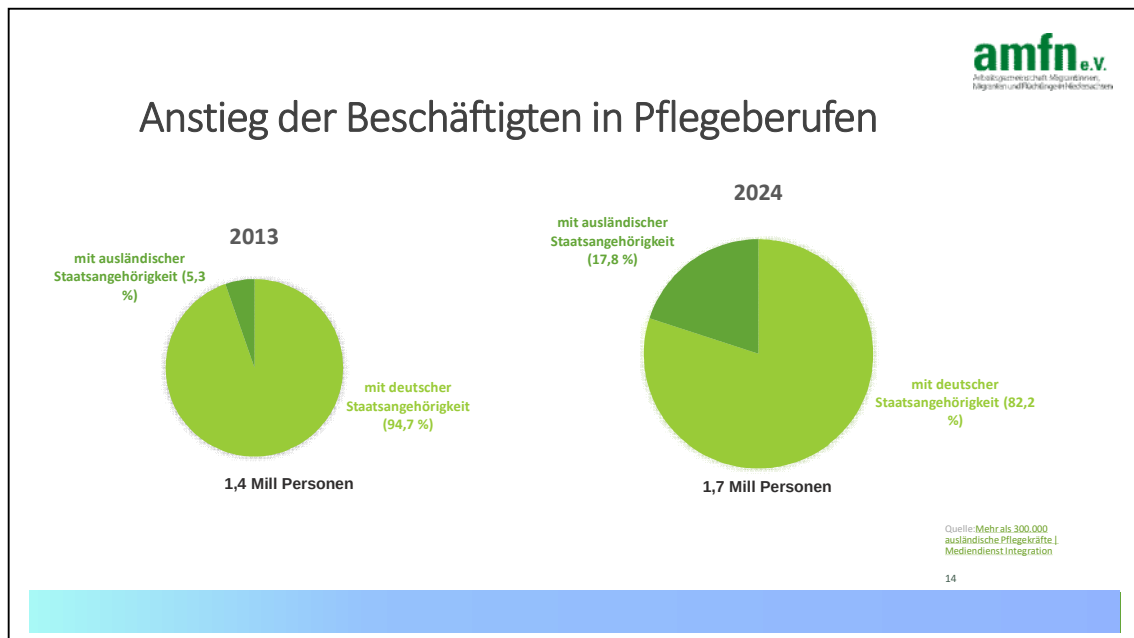


13

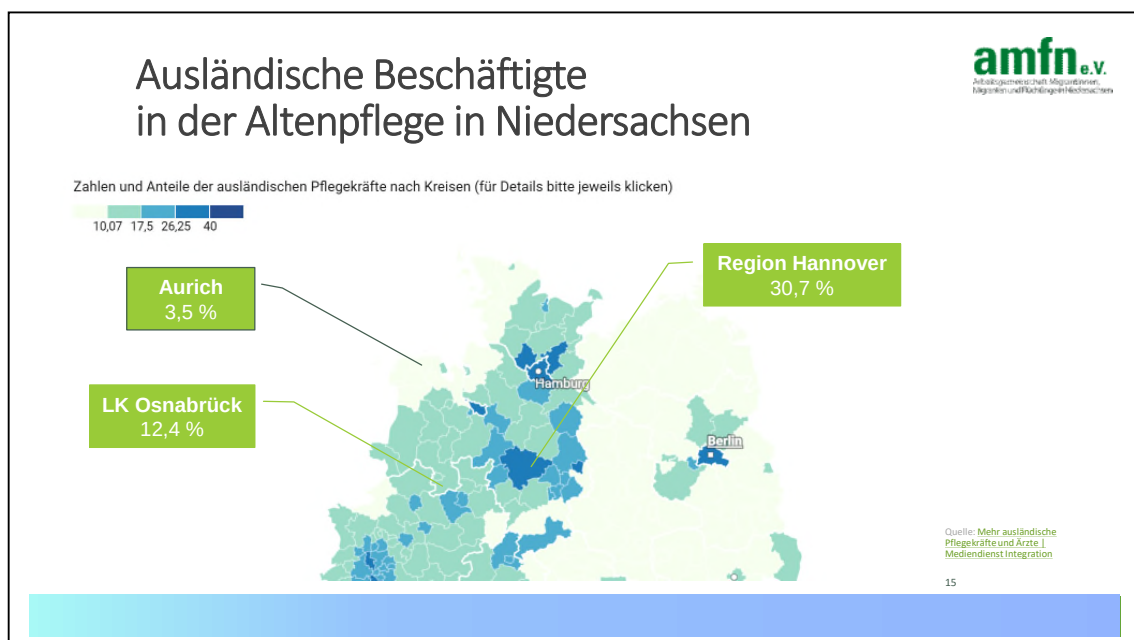
amfn.e.v.
Ausländergemeinnützigen Migrantenvereins
für Integration und Flüchtlingsintegrationen

Wir haben in den Vorgesprächen bemerkt, dass nicht nur das Thema der Diskriminierung von Patient*innen ein bedeutendes Thema ist, sondern auch die Diskriminierung von Pflegekräften und überhaupt des Gesundheitspersonals. Das bezieht auch Ärztinnen und Ärzte mit ein. Das ist ein Thema, dem wir uns jetzt gerade widmen. Und ich möchte Ihnen gerne darüber etwas erzählen, weil das ein Bereich ist, in dem wir jetzt eigentlich gerne weitermachen möchten mit

unserem Projekt, aber das aufgrund der fehlenden Finanzierung leider nicht können. Es ist einfach entscheidend, darauf aufmerksam zu machen, weil wir alle davon betroffen sind. Ohne diese Pflegekräfte werden wir in den kommenden Jahren die gesundheitliche Versorgung nicht stemmen können.

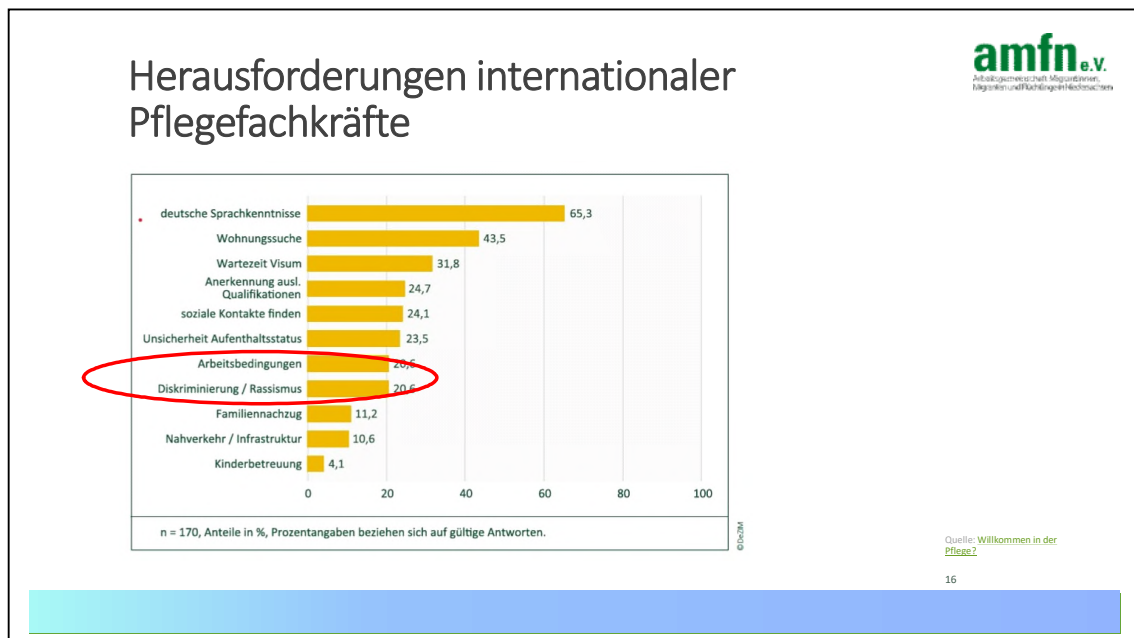


Sie sehen an dieser Grafik, dass wir einen deutlichen Zuwachs an Pflegekräften in den letzten 10 Jahren hatten. Wir sprechen hier von 300 000 Personen. Wir werden noch viel mehr brauchen, über 2 Millionen bis zum Jahr 2045. Der Aufwuchs an Pflegefachkräften ist eigentlich ausschließlich auf Personen zurückzuführen, die aus dem Ausland nach Deutschland gekommen sind, um hier als Pflegekraft zu arbeiten.

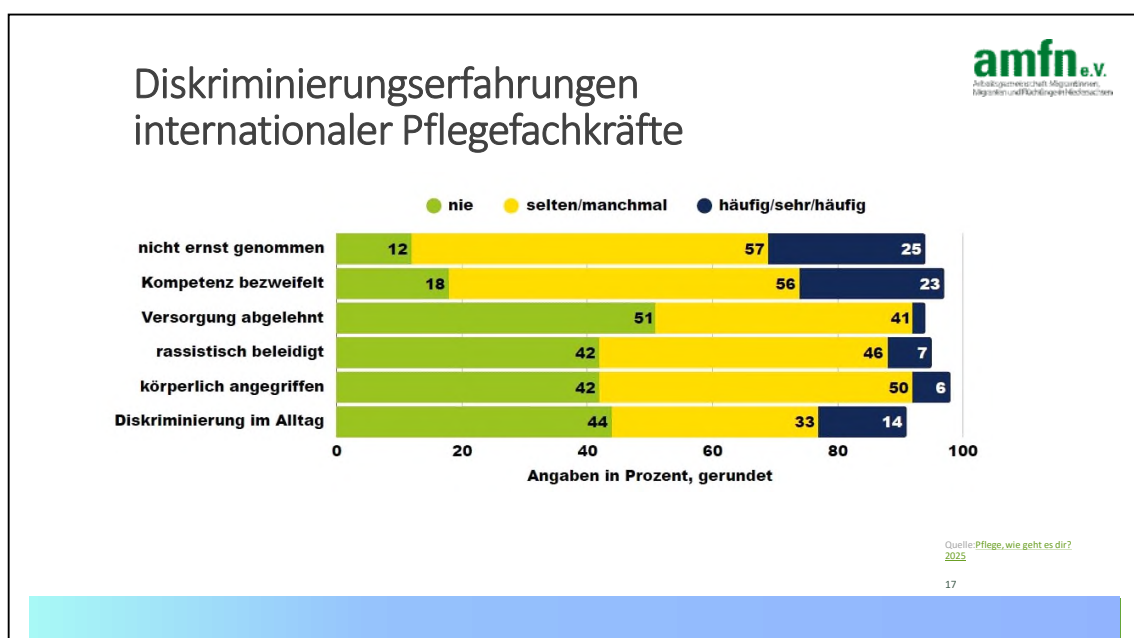


Die kommunale Ebene oder die Länderebene lässt sich in diesem Zusammenhang nicht ganz so gut abbilden. Es gibt eine Studie, die an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg entstanden ist. Die haben sich angeguckt, wie viele ausländische Beschäftigte in der Altenpflege

auf kommunaler Ebene in Gesamtdeutschland arbeiten. Sie sehen hier auf Niedersachsen bezogen, dass es große regionale Unterschiede gibt. Sie sehen, 30 % der Altenpflegekräfte in Hannover hat eine ausländische Staatsangehörigkeit im Gegensatz zu 3 % in Aurich. Damit Sie sehen, wohin die Reise geht: München ist die Stadt mit der höchsten Quote. Dort haben 60 % der Menschen in der Altenpflege eine ausländische Staatsangehörigkeit. Dahin wird die Reise besonders auch in den anderen Ballungsräumen gehen.



Was erleben diese ausländischen Fachkräfte? Ich gucke mir speziell die Pflegekräfte an, die aus dem Ausland gekommen sind. Es bestehen, ich sage mal so, erst mal übliche Barrieren im Bereich der Integration. Die deutsche Sprache ist nicht sehr einfach zu lernen. Das wird als eine der größten Hürden angegeben. Dann gibt es so etwas wie die Themen Wohnungssuche und soziale Kontakte. Das ist völlig klar. Aber wir sehen auch, dass jede fünfte Person angegeben hat, unter Diskriminierung oder Rassismus zu leiden und derartige Erfahrungen gemacht zu haben.



Welche Erfahrungen sind das? Themen wie „Ich werde nicht ernst genommen“, also auf der Station mit meinen Kompetenzen. „Ich werde von den Patienten abgelehnt“, sie wollen nicht von mir versorgt werden, bis hin zu „Ich werde beleidigt oder auch körperlich angegriffen“. Und natürlich leben diese Personen auch ganz normal in unserer Gesellschaft, und auch dort erleben sie Diskriminierung.

Auch hier gibt es Zitate aus einer Umfrage, die aktuell noch läuft:



Zitate aus unserer Umfrage

„Ich werde oft als Servicekraft der Küche gesehen, obwohl ich als Krankenschwester arbeite.“

„Ich bin Ärztin, in der Notaufnahme wollte eine Patientin nicht von mir behandelt werden.“

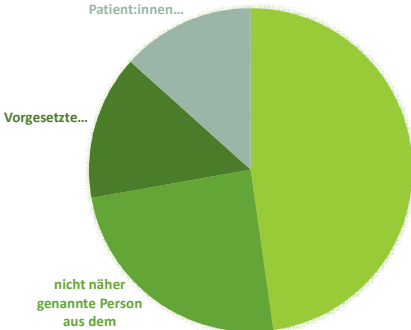
„Ein männlicher Patient hat eine Ärztin und eine PK mit sehr üblen und schlimmen Worten angeschrien.....die Ärztin und auch die PK haben das Zimmer weinend verlassen.....die PK hat sich lange Zeit nicht allein in ein Patienten Zimmer getraut.“

Azubis, die Schwierigkeiten mit der Sprache haben, werden selten bis gar nicht im Stationsalltag mitgenommen und einfach stehen gelassen. „Ein Patient schrie mich an, er würde sich nicht von einem Rübenkopf versorgen lassen. Er las auf meinem Namensschild den polnischen Namen.“ Patienten nehmen die Helfer*innen nicht ernst, meist diejenigen, die nicht fließend Deutsch sprechen - auch das Putzteam - und behandeln sie wie minderwertige Menschen.



Diskriminierung von internationalen Pflegekräften





Gruppe	Anteil (%)
Kolleg*innen/ Mitarbeitend...	~45%
Patient:innen...	~25%
Vorgesetzte...	~15%
nicht näher genannte Person aus dem Arbeitsumfeld (22 %)	22%

Quelle: GLI 2023 Report

20

Es gibt eine Umfrage, die an anderer Stelle durchgeführt wurde: Von wem geht diese Diskriminierung eigentlich aus? Bei den Zitaten, die ich jetzt hier gerade gebracht habe, geht es hauptsächlich um Patienten. In dieser Umfrage stellt es sich aber so dar, dass eigentlich die *hauptsächliche* Diskriminierung durch Mitarbeitende, Kollegen und den Arbeitgeber erfolgt. Auf der folgenden Folie sehen Sie Beispiele, wie diese strukturelle Diskriminierung durch den Arbeitgeber erfolgt. Das ist eine Umfrage, die vom DeZIM, durch Tanja Gangarova, durchgeführt wurde.



Diskriminierung durch den:die Arbeitgeber:in

- Knebelverträge**
(Betrag X muss bei vorzeitiger Auflösung des Arbeitsvertrages gezahlt werden)
- Anerkennungsverfahren wird verzögert**
(Personen übernehmen Tätigkeiten einer examinierten Pflegekraft, werden aber nur als Hilfskräfte vergütet)
- Fehlendes Integrationsmanagement**
(unzureichender Zugang zu Sprachkursen, unzureichende Einarbeitung, ...)
- Arbeitsbedingungen**
(Dienstplangestaltung, Einsatzbereiche,...)

Quelle: Frontiers | "I'd like five of them": the racialization and commodification of internationally recruited nurses in the German healthcare sector

21

Das ist ein englischsprachiger Artikel mit dem Titel: „I'd like five of them“. Da wird schon relativ klar, in welche Richtung dieser Artikel geht. Wir sprechen hier von Pflegekräften als Stückgut.

Es ist die Rede von Knebelverträgen.

Es ist die Rede von den Anerkennungsverfahren, die sowieso schon fast zwei Jahre dauern, aber dann noch mal extra rausgezögert werden, weil nämlich solange die Anerkennungsverfahren noch laufen, Menschen als Hilfskräfte beschäftigt werden und somit billiger sind.

Es wird das fehlende Integrationsmanagement bemängelt.

Und es werden auch die Arbeitsbedingungen bemängelt. Es geht um die Dienstplangestaltung. Wer springt ein, wenn jemand ausfällt? Welche Einsatzbereiche sind die, wo internationale Pflegekräfte eingesetzt werden? Zum Beispiel auf Stationen mit sehr viel demenzbetroffenen Patienten. Das sind die Herausforderungen, die man in der Klinik hat. Ich war selber früher mal Krankenpfleger - das ist schon lange her -, aber ich kenne diese Bereiche, und das sind die mit den großen Herausforderungen. Dort steckt man die Menschen hin, die aus dem Ausland zu uns kommen, um hier zu arbeiten.

Folgen



Gesundheitsgefährdung durch Mehrfachbelastung (Arbeitsdruck, Anerkennungsverfahren, Spracherwerb und Diskriminierung)

Kündigung/Arbeitsplatzwechsel/Abwanderung von Pflegefachkräften

Gefährdung der Betreuungs-/Behandlungsqualität durch Fachkräftemangel

22

Welche Folgen hat das? Und das sind Folgen, die uns alle betreffen. Die Menschen, die Rassismus erfahren, haben eine Mehrfachbelastung: durch den Arbeitsdruck, aber eben auch durch die Diskriminierungserfahrung. Wir können davon ausgehen, dass es zu psychischen Problemen kommen wird, bis hin zur Kündigung oder dem Arbeitsplatzwechsel oder der Abwanderung von Pflegefachkräften. Und das sind genau die Personen, die wir sehr mühsam aus dem Ausland angeworben und integriert haben. Diese verlassen unser Land dann wieder. Und wir wissen dann nicht, wie wir diesem Fachkräftemangel in der Pflege begegnen sollen. Das gefährdet schlussendlich unsere Betreuungs- und Behandlungsqualität.

Kontakt



amfn e.V.
Robin Marks
robin.marks@amfn.de



LVG & AFS Nds HB e.V.
Marcus Wächter-Raquet
marcus.waechter@gesundheit-nds-hb.de

www.rassismus-macht-krank.de

Frau **Magdalena Kruse**: Vielen Dank für die gute Zusammenfassung. Wenn Sie von unabhängigen Beschwerdestellen reden, wo sehen Sie die nach Ihren Erfahrungen verortet? Sie hatten ja vorhin das Beispiel einer Stelle im Krankenhaus geschildert. Oder sollten es eher Stellen sein, die ganz unabhängig sind, gibt es da Ihrerseits eine Empfehlung? Ich denke, beides hat ja Vor- und Nachteile.

Herr **Marcus Wächter-Raquet**: Es gibt ein gutes Beispiel. Das UKE in Hamburg hat eine Antidiskriminierungs- und Rassismusbeauftragte. Sie ist nicht unabhängig, sie arbeitet in der Klinik und ist auch dort angestellt. Und genau diese Frau macht die Erfahrung, dass - sobald man eine Beschwerdestelle als solche benennt und sagt, dass sie für Diskriminierungserfahrungen zuständig ist - die Beschwerden auch ankommen. Das funktioniert also schon. Das Gute ist - das muss man sagen -, dass diese Frau eine eigene Einwanderungsgeschichte hat, das weckt auch durchaus Vertrauen. Also auch die Besetzung von solchen Stellen sollte man sehr sensibel vornehmen.

Frau **Beate Seusing**: Erst mal vielen Dank für die Ergebnisse und auch für die sehr schockierenden Zitate. Auch ich kenne mich im Gesundheitsbereich aus, aber in der krassen Form habe ich das selten so gehört, und das ist vermutlich die Realität. Was mich noch interessieren würde: Es gab ja die Frage, ob es besser ist, diese Anlaufstellen in den Institutionen oder außerhalb zu verorten. Ich finde, das ist eine wichtige Frage, die sich ja bei allen Antirassismusberatungsstellen stellt. Lässt man sie in der Linie, oder holt man sie aus dem System raus, mit allen Nachteilen vielleicht auch, die das haben kann. Was ist eure Einschätzung?

Herr **Robin Marks**: Ich glaube, das muss man ein bisschen differenzieren. Zum einen ist ja die Erreichbarkeit ein großer Faktor. Das bedeutet, wenn ich in einer Klinik bin und dort rassistisch diskriminiert werde und es dort schon ein Beschwerdemanagement gibt, dann ist es erst mal das Naheliegendste, sich dort zu melden. Aber Herr Wächter-Raquet hat auch gesagt: Es wird häufig nicht darauf hingewiesen, dass diese Beschwerdestellen eben auch für Diskriminierung zuständig sind.

Sobald sie außerhalb verortet sind - was ich grundsätzlich immer wichtig finde, weil dann anders gearbeitet werden kann und in der Regel sichergestellt wird, dass solche Sachen nicht unter den Teppich gekehrt oder „mal eben“ auf dem Flur geklärt werden -, müsste man gucken, bei welchen Trägern. Wir als amfn e.V. würden natürlich sagen, die Migrantenselbstorganisationen wären erst mal eine gute Idee, um dort Beschwerdestellen anzusiedeln. Damit haben wir auch bisher gute Erfahrungen gemacht, jetzt nicht zum Thema Gesundheitswesen, aber beispielsweise zum Rassismus im Bereich Bildung. Dann müsste man sich nur überlegen, wie man die Leute dahin kriegt. Das müssen wir uns aber grundsätzlich überlegen. Es gibt ja Beschwerdemöglichkeiten, die Leute gehen nur nicht hin, weil sie nichts davon wissen und das auch nirgends kommuniziert wird.

Herr **Marcus Wächter-Raquet**: In den Workshops, die wir für Sprachmittler oder auch für die Migrantenselbstorganisationen geben, empfehlen wir eigentlich immer, diesen Beschwerdeweg nicht alleine zu gehen, sondern quasi beide Beschwerdestellen zu nutzen. Die Beschwerde muss eigentlich dort landen, wo die Diskriminierung auch ausgeübt wurde. Aber das sollte in Begleitung einer professionellen und auch unabhängigen Beschwerdestelle geschehen, weil das Beschwerden einfach total schwierig ist. Das betrifft allein schon die Dokumentation eines Vorfalls, Zeugen zu finden und dann diesen formalen Weg zu gehen. Wir finden, es ist die schlaueste Entscheidung, dass man sich nicht alleine auf den Weg macht.

Herr **Dr. Anwar Hadeed**: Vielen Dank auch von meiner Seite. Mich würde der Bereich Organisationsentwicklung interessieren, weil ich ein Mensch bin, der immer an die Nachhaltigkeit denkt. Ihr habt ja erzählt, dass ihr eine Kooperation mit dem Krankenhaus entworfen habt. Gibt es weitere Versuche? Wie reagieren die Krankenhäuser jetzt auf euer Angebot, mitzuhelfen und bei der Organisationsentwicklung zu unterstützen?

Herr **Marcus Wächter-Raquet**: Man muss erst mal sagen, dass wir nur in der Region Hannover und in Braunschweig und Umgebung unterwegs sind. Das schränkt das Gebiet schon mal ein. Mit den Ressourcen, die wir haben, haben wir das Klinikum in Wolfenbüttel gewonnen. Und wir hatten auch schon Interesse von Krankenhäusern hier aus der Region Hannover, was dann aber versiegt ist. Dem müsste man sehr intensiv nachgehen. Dieses Thema ist kein Thema, wo Kliniken sofort schreien: Hier! Wir haben leider mit dem Zugehen auf Kliniken eher schlechte Erfahrungen gemacht. Das ist ein langer, sehr steiniger Weg. Und dieser Weg ist ja jetzt leider auch kürzer als gedacht. Ich vermute mal, wir hätten größere Erfolge erreicht, wenn wir längerfristig hätten arbeiten können.

Herr **Robin Marks**: Eines der Dinge, wovor die Kliniken Angst haben oder wo sie Bedenken haben, ist: Wenn sie mit einem rassismuskritischen Projekt zusammenarbeiten, dann denken alle, dass es in dieser Klinik das große Rassismusproblem gibt. Es wissen alle, dass es dieses Rassismusproblem in der Klinik gibt, aber es wird versucht, das nicht zu benennen, das ein bisschen totzuschweigen. Das ist eben mit der Angst verbunden: Wenn wir uns irgendwie positionieren, wenn wir zeigen, wir wollen da was machen, dann bekommen wir ein schlechtes Image. - Irgendjemand hat mir mal gesagt, mit Rassismus kann man keine Öffentlichkeitsarbeit machen. Und ich glaube, das trifft ziemlich gut den Kern. Deswegen hatten wir für die Region Hannover auf jeden Fall Probleme, einen zweiten Kooperationspartner zu finden. Ursprünglich war der Plan, dass wir sowohl für die Region Braunschweig eine Klinik haben als auch für die Region Hannover. Wir haben auch mit Kliniken gesprochen, wir haben auch das Projekt vorgestellt. Aber jetzt „ghosten“ die uns ein bisschen.

Frau **Séverine Jean**: Vielen lieben Dank. Eine Frage zu der Ablehnung von den Krankenhäusern in der Region Hannover: Markus, du hast gesagt, dass es auch vielleicht daran liegen könnte - wenn ich es richtig verstanden habe -, dass keine Zeit mehr bleibt, ein solches Projekt langfristig zu planen. Habt ihr das Gefühl, dass das vonseiten der Krankenhäuser auch ein Grund sein könnte? Will man vielleicht keine Kooperation anfangen, wenn es das Projekt in sechs Monaten nicht mehr gibt?

Herr **Marcus Wächter-Raquet**: Davon gehe ich aus. Das Problem besteht natürlich auf beiden Seiten. Wir wissen, unsere Projektlaufzeit ist jetzt viel kürzer als geplant. Wir können keinen Organisationsentwicklungsprozess anstoßen, wenn man weiß, man hat nur noch zehn Monate Projektlaufzeit. Das hemmt einen selber, da kann man gar nicht aktiv auf weitere Kliniken zugehen. Das macht einfach auch keinen Sinn.

Wir merken das jetzt schon bei der Klinik in Wolfenbüttel, mit der wir ja schon ein Jahr zusammenarbeiten. Was machen wir in sechs Monaten? Wir stoßen da jetzt Veränderungsprozesse an. Wir werden die Klinik zwangsläufig alleine lassen müssen, weil wir dann keine Ressourcen mehr haben, dieses Projekt vor Ort durchzuführen.

Wir müssen diesbezüglich ja transparent sein. Wenn wir mit der Information nach außen gehen, wir können eine Förderung nur bis Ende dieses Jahres zusagen, dann wird keine Klinik auf uns

zukommen und sagen: Wunderbar, wir machen mit Ihnen sechs Monate lang ein richtig tolles Projekt. - Das macht niemand. Kliniken, das sind ja Tanker, das dauert, bis da Veränderungsprozesse angestoßen werden. Da müssen viele Gremien mitgenommen werden, angefangen von der Geschäftsführung bis hin zum Betriebsrat. Das geht einfach nicht schnell, das dauert.

Frau **Séverine Jean**: Im vorherigen Vortrag haben wir ein bisschen von Handlungsmöglichkeiten und Strategien gehört. Was wäre denn eure Vorstellung, was Handlungsmöglichkeiten angeht?

Herr **Marcus Wächter-Raquet**: Ich war bei der vorletzten Anhörung hier in dieser Kommission auch als Gast und habe im Vorfeld mit der Referentin vom Sozialministerium gesprochen. Genau diese Frage hat sie mir am Telefon gestellt. Ich habe gesagt: Am wünschenswertesten wäre es von unserer Seite - neben diesen ganz praktischen Dingen - einfach, dass sich das Land Niedersachsen zu diesem Thema bekennt. Es soll sich dazu bekennen, dass es dieses Thema gibt. Wir brauchen quasi eine Art Öffentlichkeitsarbeit und auch ein bisschen mehr Power im Hintergrund, um mit diesem Thema nach draußen zu gehen. Solange wir nicht mit einer landesweiten Strategie im Rücken arbeiten können, die dieses Thema vorantreibt, werden wir nicht weiterkommen. Wir haben dem Klinikum auch einen öffentlichkeitswirksamen Kooperationsvertrag angeboten. Wir haben gesagt, wir würden das gerne mit dem Herrn Minister Philippi machen. Dann können Sie auch in der Presse bekannt geben, dass wir jetzt bei Ihnen in der Klinik tätig sind. Das wurde abgelehnt. Das war einfach nicht wichtig. An dieser Stelle merkt man: Da fehlt was. Die Identifikation mit diesem Thema: „Wir müssen hier was machen“ ist nicht da. Ansonsten, glaube ich, hätten die sofort gesagt: Super, wir schließen uns der Kampagne des Landes Niedersachsen an, wir sind Teil davon. - Aber das war nicht der Fall. An dieser Stelle wünsche ich mir, dass es mehr Support gibt.

*

Ärztékammer Niedersachsen

*Schriftliche Stellungnahme: **Anlage 2** zu dieser Niederschrift*

Anwesend:

- Dr. med. Marion Charlotte Renneberg, Präsidentin
- Svenja Nolting, stellvertretende Geschäftsführerin und Leiterin der Rechtsabteilung
- Felix Tietz-Henne, Referent für Gesundheitspolitik

Frau **Dr. Marion Charlotte Renneberg**: Ich möchte mich zunächst im Namen der Ärztekammer Niedersachsen bedanken, dass wir zu diesem Thema bereits schriftlich Stellung nehmen durften. Aber es war uns ausgesprochen wichtig, auch persönlich heute hier zu erscheinen. Neben meiner Tätigkeit als Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen arbeite ich aktiv als Fachärztin für Allgemeinmedizin auf dem Land - und zwar immer noch mit vielen Stunden. Deswegen sind mir viele Dinge einfach auch direkt bekannt, und ich habe da einen direkten Zugang.

Diskriminierung und Rassismus sind im Gesundheitswesen ernst zu nehmende gesellschaftliche und gesundheitspolitische Themen. Wie Sie wissen, das Gesundheitswesen *muss* allen Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu medizinischer Versorgung ermöglichen, unabhängig von Herkunft, Religion, Kultur, Sprache, Geschlecht, sexueller Orientierung, Behinderung oder

sozialem Status. Das entspricht unserem ärztlichen Berufsethos, und dazu sind wir berufsrechtlich auch verpflichtet. Sie kennen vielleicht das Genfer Gelöbnis, in dem das niedergeschrieben ist.

In der Ärztekammer Niedersachsen haben wir ein Beschwerdemanagement. Hier können Beschwerden wegen rassistischer und diskriminierender Behandlungen vorgetragen werden. Daran arbeiten wir bereits seit längerer Zeit, und wir sind auch dabei, das Ganze ständig zu verbessern. Insgesamt muss ich aber sagen, dass eher selten etwas vorgetragen wird, was nicht bedeutet, dass entsprechende Erfahrungen nicht vorkommen oder ausgeschlossen sind. Aber einmal gibt es natürlich auch andere Meldemöglichkeiten. Wir haben es ja jetzt eben auch gehört. Wir wissen nicht, wer sich dort vielleicht gemeldet hat. Wir wissen auch nicht, ob wir bekannt genug sind. Auch das ist, denke ich, ein wichtiger Punkt. Wichtig ist aber, dass wir Beschwerden sehr ernst nehmen und jeder einzelnen Beschwerde auch nachgehen. Das halte ich für ausgesprochen wichtig. Die Beschwerden, die uns vorliegen, kommen von verschiedenen Seiten, sowohl von Patientinnen und Patienten, aber auch - das wurde in den vorherigen Vorträgen schon gesagt - tatsächlich auch von Ärztinnen und Ärzten, die nicht deutschstämmig sind, oder von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem Gesundheitssystem.

Uns wäre noch eine Sache wichtig: Der Austausch mit weiteren Akteuren, die über Erfahrungen mit Beschwerden von Patientinnen und Patienten verfügen, erscheint uns sinnvoll. Wir haben an den Krankenhäusern Patientenbeauftragte. Mich würde sehr interessieren, was sie dazu sagen. Wir haben die Landespatientenschutzbeauftragte. Auch das würde mich persönlich - oder uns als Ärztekammer - sehr interessieren, was dort an Beschwerden aufläuft. Wir haben ja eben schon mehrfach gehört - und das wird nachher auch mein Schlusssatz sein -: Wir müssen einfach noch viel mehr forschen, wir brauchen insgesamt viel mehr Erfahrungen.

Die medizinische Versorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte stellt Ärztinnen und Ärzte zunehmend vor besondere fachliche und kommunikative Herausforderungen. Sie wissen um die Situation des derzeitigen Gesundheitssystems: Personalmangel, Arbeitsverdichtung, ökonomischer Druck. Das erschwert natürlich so oder so eine patientenorientierte Versorgung, was bei dem heutigen Thema ganz sicher mit berücksichtigt werden muss.

Ein ganz wesentlicher Aspekt für einen diskriminierungsarmen Zugang ist unseres Erachtens die Kommunikation bzw. die Überwindung von Sprachbarrieren. Wenn wir Patientinnen und Patienten behandeln, dann ist es wichtig, dass wir uns miteinander austauschen können. Wir müssen eine Anamnese erheben, wir möchten alles genau wissen und erfragen. Die Menschen bringen häufig mit, was sie haben, sie tragen das auf der Zunge - wenn wir es verstehen. Wir wollen eine Diagnostik machen, wir wollen sie behandeln, wir brauchen möglicherweise für Aufklärungen und Einwilligungen das gegenseitige Verstehen. Das ist eine Grundvoraussetzung.

In der Regel ist es tatsächlich so: Wenn wir bei Patientinnen und Patienten eine Sprachbarriere haben, gucken wir, egal ob in Klinik oder Praxis oder im öffentlichen Gesundheitswesen, erst mal auf der Mitarbeiterebene, welche Sprachen wir können. Über Englisch, Französisch und Italienisch kommen wir in unserer Praxis aber nicht hinaus. Wir können ein bisschen Russisch. Ich finde, das ist schon etwas, aber es reicht absolut nicht aus. Manche Patientinnen und Patienten sprechen nicht ein Wort Deutsch. Es kommt natürlich darauf an, wie viele Jahre sie schon hier sind. Das braucht natürlich auch seine Zeit. Man kann nicht erwarten, dass Betroffene sofort Deutsch sprechen können. Ich könnte auch nicht sofort eine andere Sprache sprechen.

In der Regel stehen uns keine Dolmetscher zur Verfügung, und das ist ein großes Problem. Darauf weisen wir schon seit Langem hin. Patientinnen und Patienten kommen entweder ohne irgendwas, sie kommen mit einer kleinen schriftlichen Empfehlung, mit einem kleinen Zettel, sie kommen mit einem Handy und einer App, die nicht immer funktioniert. Auch die KI stimmt nicht immer. Das kann ich aber nicht sicher feststellen, wenn ich die Sprache nicht spreche. Wir haben es aber bei einigem tatsächlich schon erlebt, dass am Ende eine völlig andere Übersetzung steht. Das sollten wir immer im Kopf behalten. Dann kommen häufig auch andere Personen mit. Das sind oft auch Kinder, die durch die Schule schon gut Deutsch sprechen.

Wenn solche Begleiterinnen und Begleiter dabei sind, müssen wir immer darüber nachdenken, ob wir möglicherweise ein Datenschutzproblem haben. Wenn Männer ihre Frauen begleiten, haben wir auch da ein Problem, da wir die Männer hinausbitten müssen und wir das auch machen. Wenn Kinder begleiten, ist das eine ausgesprochen schwierige Situation, auch wenn sie gut übersetzen können. Aus meinem Praxisalltag kann ich Ihnen ein Beispiel berichten, das mich sehr berührt hat. Eine Mutter kam mit ihrer 14-jährigen Tochter, sie hatte schon eine Vorgeschichte, wir hatten schon Blut abgenommen. Und wir hatten dann weitere diagnostische Maßnahmen ergriffen. Wir konnten erkennen, dass die Mutter schwerstkrank war und dass der Rat unbedingt war, sich weiter untersuchen zu lassen. Die Tochter hatte mir vorher schon gesagt: Mama möchte sich aber nicht weiter untersuchen lassen. - Und ich musste nun dieser 14-jährigen Tochter irgendwie begreifbar machen, dass ihre Mutter sehr krank ist und dass wir weitere Hilfe brauchen. Sie merken, das ist Praxisalltag. Das belastet uns sehr. Auch Jungs sind häufig dabei, die wir rausschicken müssen. Das belastet ja auch die Kinder, und das ist nicht selten. Aus einer solchen Belastung können auch für die Kinder zukünftig Erkrankungen entstehen.

Ein ganz wichtiger Aspekt ist natürlich die Zeit, wir brauchen Zeit dafür. Wir müssen gucken, dass wir entsprechende Zeitslots schaffen. Wir müssen erst einmal gucken: Wer spricht vielleicht welche Sprache, wen könnten wir hinzuziehen? In Kliniken ist es genau das Gleiche. Dort haben wir aber vielleicht noch mehr Möglichkeiten, anderssprachige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu finden. Trotzdem muss man erst mal suchen und finden, auch im Notfall. So schnell geht das häufig nicht. Es braucht Zeit, wenn man einen Menschen richtig untersuchen möchte, befragen möchte und ihn oder sie auch richtig aufklären möchte. Unser Plädoyer dabei ist: Wir brauchen dringend eine Sprachvermittlung, wir brauchen dabei Unterstützung. Technische Dinge kann man vielleicht noch irgendwie übermitteln. Aber gerade, wenn es um Gefühle geht - dabei kommen wir auch in den psychiatrischen oder psychotherapeutischen Bereich -, ist es natürlich noch viel schwieriger. Das gilt auch für andere Bereiche. Kürzlich hatte ich beispielsweise eine taubstumme Patientin. Als es uns gelang, eine Gebärdendolmetscherin zu organisieren, war das etwas völlig anderes.

Das heißt, unser Plädoyer: Wir brauchen wirklich dringend eine verlässliche, qualifizierte und datenschutzkonforme Sprachmittlung im Gesundheitswesen, die auch finanziert werden muss. Wir würden gerne anregen, dass sich das Land Niedersachsen auch auf Bundesebene für eine verlässliche Finanzierung professioneller Dolmetscherleistungen im Gesundheitswesen einsetzt.

Ich habe es eben schon angesprochen, ganz besonders deutlich sehen wir das im psychiatrischen Bereich - dort, wo besonders viel gesprochen wird. Auch im hausärztlichen Bereich wird natürlich viel gesprochen, aber bei der Psychotherapie ist das Problem noch sehr viel größer. Eine Psychotherapie ohne Sprachmittlung ist fast nicht möglich. Es kommt natürlich darauf an, wer wie welche Sprache spricht, aber ohne ausreichende Verständigung ist eine Behandlung häufig kaum möglich.

Jetzt denken wir aber mal darüber nach, um welche Patientinnen und Patienten es geht - wenn ich das so sagen darf -, die nicht in Deutschland geboren sind. Diese haben möglicherweise eine ganz schlimme Vorgeschichte. Es gibt ganz unterschiedliche Personen; es gibt ganz unterschiedliche Kategorien, über die man forschen sollte. Diese Menschen haben vielleicht eine Vorgeschichte, sie sind vielleicht mit ganz vielen Kindern im Schlauchboot unterwegs gewesen, lange Wege gelaufen, die Mutter ist dabei verstorben, ich habe solche Geschichten erlebt. Und dann kommen sie hierher, sie sind traumatisiert und benötigen wirklich irgendwann eine psychotherapeutische Behandlung, aber diese muss sprachlich auch möglich sein. Das ist eine riesengroße Herausforderung. Dabei ist aber die Aufgabe unseres Staates eine Gesundheitsfürsorge, und zwar für alle, die hier leben. Jedenfalls sehe ich das so.

Ich möchte aber auch noch einen weiteren Punkt ansprechen, nämlich unser Gesundheitssystem und die Zugänge zu unserem Gesundheitssystem. Wenn ich das so sagen darf: Selbst Muttersprachler sind häufig überfordert, unser Gesundheitssystem und die Wege zu verstehen, wann man wohin gehen muss. Wie sollen sich denn dann Menschen, die vielleicht noch nicht so lange hier leben, zurechtfinden, wenn sie keine entsprechende Information haben? Deshalb halten wir es als Ärztekammer für wichtig - und wir sehen auch das Land Niedersachsen in der Verantwortung -, hier für Unterstützung zu sorgen, um Informationsmängel abzubauen. Hier geht es um das Thema Integrationskurse. Ich weiß, es werden überall Gelder gekürzt. Es geht aber auch um die Entwicklung von mehrsprachigem Informationsmaterial. Das kann man mittlerweile auch wunderbar digital machen und vermitteln. Es geht also um die Begriffe „Gesundheitssystemkompetenz“ und um „Gesundheitskompetenz“.

Eine wichtige Voraussetzung für eine gute Versorgung ist die Prävention. Das ist ein Kernanliegen unserer Ärztekammer. Das bedeutet Nachhaltigkeit für alle. Besonders denken wir dabei an Konzepte, wie wir Präventionsangebote für Menschen mit Migrationsgeschichte und Sprachbarrieren zugänglicher machen können. Seit Langem denken wir darüber nach, wen man am besten informieren kann, und dabei sind wir auf die Kinder gekommen. Ich ziele auf das Thema Gesundheitsunterricht an Schulen ab. Kinder nehmen solche Themen begeistert auf; es kommt darauf an, wie man das Ganze dosiert. In Niedersachsen haben wir jetzt schon die Erste Hilfe verlässlich an den Schulen. Wir denken aber natürlich auch darüber nach: Wie können wir das in die Schulen tragen? Dabei gibt es die Überlegung und auch ein entsprechendes kleines Projekt: Gesundheitsfachkräfte an Schulen. Dabei denken wir insbesondere an Schulen in sogenannten sensiblen Regionen.

Außerdem geht es auch um das Thema Fortbildung. Am 2. Oktober 2026 beginnen wir in der Ärztekammer Niedersachsen mit einer Vorbildungsreihe für Ärztinnen und Ärzte. Ich darf an dieser Stelle schon sagen: Auch Sie sind alle herzlich eingeladen, wenn Sie Interesse an dieser Fortbildung haben. Wir haben das Ganze gerade auf die Homepage gestellt. Der Keim existiert wirklich schon lange, und ich finde, dass wir ganz tolle Themen haben. Es wird eine Serie sein, das soll weitergehen, gerade eben hatten wir die Möglichkeit, schon über eventuelle weitere Themen zu sprechen. Wir haben die Veranstaltung unter das Thema „Interkulturelle Medizin“ gestellt, medizinische Versorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, mit Handlungshilfen in der Primärversorgung. Ich habe ja vorhin dargelegt, dass wir dort besondere Herausforderungen sehen. Ein Thema ist die Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Deutschland. Wir haben wirklich namhafte Referentinnen und Referenten eingeladen. Sie können das alles auf der Homepage nachlesen. Es geht um die psychiatrische Versorgung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte, kultursensible Kommunikation und transkulturelle

Kompetenz in der Praxis. Und, wie gesagt, geht es um einen Handlungsleitfaden Primärversorgung. Ich glaube, dass das sehr, sehr wichtig ist, und ich hoffe, dass diese Veranstaltung gut besucht wird. Wir fangen gerade an, sie zu bewerben.

Wie Sie meinen Ausführungen gerade entnehmen konnten, begrüßen wir es sehr, dass zu diesem Thema weiter geforscht wird. Neben den Tatsachen, die wir festgestellt haben, gibt es auch noch viele Vermutungen. Deshalb halten wir es wirklich für sehr wichtig. Andere Länder sind da bereits weiter, wie ich gehört habe. Tatsächlich möchte ich dieses Thema auch gerne in die Bundesärztekammer weitertragen.

Noch ein Wort zum Abschluss, das mir sehr wichtig ist: Es geht um das Thema Respekt, und das geht uns alle an. Es geht um gegenseitigen Respekt - allen Menschen gegenüber mit jeglicher Herkunft.

Frau **Karin Loos**: Vielen Dank für Ihren Beitrag. Man hat Ihr Herzblut bei dem Thema gespürt. Vielen Dank auch dafür, dass sie sich für das Thema Sprachmittlung in der Gesundheitsversorgung einsetzen. Das treibt uns als Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge schon lange um. Es hat uns auch gefreut, dass das Land Niedersachsen kürzlich bei der bundesweiten Integrationsministerkonferenz zumindest einen einstimmigen Beschluss der Integrationsminister*innen herbeigeführt hat, dass dieses Thema weiter bearbeitet werden soll. Wir waren ja schon mal weiter; es gab ja schon einen entsprechenden Passus in der Koalitionsvereinbarung der letzten Regierung. Es ist ungeheuer wichtig, dort weiter dranzubleiben.

Wir haben aber nichtsdestotrotz auch das Problem, dass Ärzt*innen nicht immer unbedingt bereit sind, mit Sprachmittlung zu arbeiten. Wir versorgen in unseren psychosozialen Zentren viele Geflüchtete, aber wir sind darauf angewiesen, mit psychiatrischen Fachärzten zusammenzuarbeiten, weil wir keine Fachärzte in unseren Zentren haben. Und wir können natürlich auch nicht *alle* Betroffenen psychotherapeutisch versorgen, sondern vermitteln in die Regelversorgung. Selbst wenn wir sagen, wir kümmern uns über die Möglichkeit der Kostenübernahmeanträge um die Versorgung mit einem Dolmetscher, gibt es trotzdem nicht wenige Ärzt*innen und Therapeut*innen, die sich das nicht vorstellen können und es schwierig finden.

Wir machen mit der Psychotherapeutenkammer ja schon einiges an Fortbildungen, aber es wäre super, wenn wir auch die Ärztekammer mit ins Boot bekommen könnten, um dafür zu werben: Das ist möglich! - Anders kommen wir nicht weiter.

Vorhin wurde von einem der Anzuhörenden gesagt, dass er verpflichtende Fortbildungen zu dem Thema nach der Ausbildung wichtig finde. Hätten Sie dazu irgendwelche Ideen?

Frau **Dr. Marion Charlotte Renneberg**: Verpflichtungen sind ja immer eine gewisse Schwierigkeit. Aber wir *sind* ja definitiv verpflichtet, regelmäßig Fortbildungen zu machen. Das gilt für alle, die ärztlich tätig sind. Darüber sollte man sicherlich noch einmal nachdenken.

Mit den Psychotherapeuten kommen wir sehr gerne ins Gespräch. Das ist noch ein bisschen Zukunftsmusik, aber ich könnte mir auch solch ein Netzwerk vorstellen, wie ich mir auch Netzwerke für Beschwerdestellen gut vorstellen kann. Trotzdem muss man leider daran denken: Das Gesundheitssystem ist wirklich ganz schön ausgereizt. Und Gott sei Dank gibt es Menschen, die mit viel Enthusiasmus dabei sind, und Ärzte sind eben auch ganz normale Menschen. Ich schließe nicht aus, dass mal jemand sagt: Ich traue mir das nicht zu, ich schaffe das nicht in meinem

Alltag. Dafür habe ich auch Verständnis. Vielleicht könnten wir aber so etwas wie Netzwerke entwickeln.

Herr **Dr. Anwar Hadeed**: Vielen Dank auch von meiner Seite. Sie haben das Problem größtenteils auf das Sprachverständnis reduziert. So steht es auch in der schriftlichen Stellungnahme. Wenn man dieser Logik folgen würde, müsste man sagen: Menschen mit Migrationshintergrund, die fremd aussehen, aber die Sprache beherrschen, sollten eigentlich keinen Rassismus erfahren. Alle Studien, die wir zum Teil heute auch vorgestellt haben, zeigen das Gegenteil. Auch diese Menschen erleben - vielleicht weniger - durchaus Rassismus.

Ich möchte das Ganze mal nicht aus der politischen oder humanen Perspektive betrachten, sondern aus rein wirtschaftlicher Perspektive. Ärzte sind ja Dienstleister. Sie bekommen ihr Geld von der Krankenversicherung, weil Kunden bzw. die Patienten ihre Beiträge bezahlt haben. Wir leben in einer Gesellschaft, in der ein Dienstleistungssektor eigentlich wissen müsste: 30 % meiner Kunden sind anders drauf. In vielen Bereichen hat sich die Wirtschaft angepasst. Bei Lidl gibt es jetzt beispielsweise Halal-Fleisch. Auch Ärzte müssten sich doch - wenn sie wissen, es geht um 30 % ihrer Kundschaft - auf den gesellschaftlichen Wandel einrichten. Ich finde es gut, dass die Ärztekammer nach 60 Jahren Einwanderungsgeschichte in Deutschland mal eine Fortbildungsmaßnahme anbietet - besser spät als nie. Aber ich finde, das ist zu wenig. Da hätte ich mehr Anstrengung und mehr Innovation erwartet, wie Sie dieser Problematik begegnen können.

Frau **Dr. Marion Charlotte Renneberg**: Vorschläge zu diesem Thema nehme ich gerne entgegen. Es ist ja nicht so, dass wir 60 Jahre lang nicht daran gearbeitet hätten. Vielleicht hätte sich unser Sektor schon sehr viel früher darauf einstellen müssen. Fortbildungen zu diesem Thema hat es auch schon immer gegeben. Aber noch nicht so speziell, wie wir es jetzt vorhaben.

Ich sage es mal so: Auch wir wollen uns ja weiterentwickeln. Wir sind dabei, weitere Dinge anzustoßen. Ich habe es so verstanden, dass wir im Rahmen der schriftlichen Stellungnahmen für diese Anhörung zunächst einmal auf die Anträge eingehen und dazu etwas schreiben sollten. Das haben wir jetzt primär gemacht. Wenn Sie mich insgesamt fragen: Wir brauchen ein ganz anderes Bewusstsein. Genauso wie Sie es mit den Supermärkten beschrieben haben, brauchen wir in der Gesellschaft ein ganz anderes Bewusstsein. Das wollte ich auch mit meinem letzten Satz zum Thema Respekt ausdrücken.

Aber ich frage Sie: Vielleicht haben Sie irgendwelche Ideen, die wir aufnehmen können?

Herr **Dr. Anwar Hadeed**: Wir müssen zunächst einmal abwarten, inwieweit unser Projekt fortgeführt werden kann. Aber auch wenn es nicht weitergeht, erwarte ich, dass uns dieses Projekt - wie auch die Studie des DeZIM - eine Handlungsempfehlung gibt. Ich nehme Ihre Frage sehr ernst, sodass ich unsere Projektmitarbeiter darauf hinweisen werde, dass sie bei der Entwicklung von Handlungsempfehlungen die Ärztekammer im Auge behalten.

Frau **Dr. Marion Charlotte Renneberg**: Vielen Dank. Genau das wollte ich gerade sagen. Kommen Sie gerne auf uns zu. Wir arbeiten gerne zusammen.

Abg. **Tamina Reinecke** (GRÜNE): Vielen herzlichen Dank für Ihre Ausführungen, auch insbesondere zu den Sprachbarrieren. Das war sehr eindrücklich. Ich glaube, wir sind uns einig, dass es dort dringenden Handlungsdruck gibt, insbesondere auch auf der Bundesebene. Die Studie des NaDiRa, die eingangs vorgestellt wurde, hat aber ja auch gezeigt, dass sich viele Rassismuserfahrungen auch nicht nur auf die Sprachbarriere zurückführen lassen, sondern auch unabhängig

davon bestehen. Deshalb finde ich das Ziel, eine Verpflichtung zu schaffen, sich mit dem Thema zu beschäftigen, durchaus erstrebenswert, auch wenn das nicht von heute auf morgen geht. Ich denke aber, das Thema hat zu große Auswirkungen, als dass es als eines unter vielen im Angebot abgehandelt werden dürfte.

Vielen Dank für den Hinweis auf die Veranstaltung. Ich habe gerade mal kurz auf die Website geschaut. Das klingt sehr spannend. Vielen Dank dafür, dass es das gibt. Daran anschließend habe ich die Frage: Es handelt sich ja um ein Halbtagsangebot einer Veranstaltung, was total klasse ist, aber es wird natürlich nicht allen möglich sein, zu dieser Zeit frei zu haben, um daran teilnehmen zu können. Das Ziel muss ja sein, möglichst viele Leute zu erreichen, sodass diese Veranstaltung ein guter Ausgangspunkt sein könnte, um weitere Angebote zu schaffen. Das könnte ja auch durchaus niedrigschwellig in kleineren Formaten stattfinden, mit denen man vielleicht noch eine größere Menge an Leuten erreichen kann als mit dieser Veranstaltung.

Frau Dr. Marion Charlotte Renneberg: Der Hinweis, dass wir dieses Thema in Fort- und Weiterbildungen noch verstärkt adressieren müssen, ist ganz sicher richtig. Deswegen habe ich gesagt, dass es möglicherweise auch ein Projekt im Netzwerk mit dem Psychotherapeuten geben wird.

Im Moment sind wir gerade am Anfang, die Veranstaltung zu bewerben. Die Idee war, zunächst einmal eine Präsenzveranstaltung zu machen, weil dieses Thema so wichtig ist. Man kann natürlich darüber nachdenken, ob man einen Teil als Hybridveranstaltung macht. Wir haben ja auch unsere Bezirke, wo übrigens auch Anlaufstellen sind. Das ist auch wichtig für unser Beschwerdemanagement. Das gibt es nicht nur in der Landesärztekammer, sondern auch in unseren Bezirksstellen. Auch dort gibt es Veranstaltungen, halbtägig oder zweistündig etc. Ich bin mir sicher, wir werden dieses Thema in diese Fortbildung mit aufnehmen. Dann gibt es auch noch die Ärztevereine. Wir haben also eigentlich ein großes Netzwerk und werden versuchen, dieses Thema gut zu verteilen.

Frau Svenja Nolting: Eine kleine Ergänzung: Diese Veranstaltung ist als Reihe ausgelegt. Das hat Frau Dr. Renneberg vorhin schon gesagt. Das ist jetzt einfach die Auftaktveranstaltung. Das ist aber ohnehin auf längere Dauer geplant und wird dann natürlich auch andere Menschen erreichen, zumal wir ja tatsächlich - wie eben auch schon gesagt - die Möglichkeit haben, gewisse Dinge auch hybrid anzubieten. Wir entscheiden uns oft aber auch bewusst dazu, Veranstaltungen in Präsenz durchzuführen, weil so ein besserer Austausch möglich ist, als wenn die Teilnehmerinnen und Teilnehmer - vielleicht 200 oder 300 Leute - nur „als Kacheln“ zu Hause sitzen. Das ist für die Veranstaltung einfach schöner, und deshalb ist diese Veranstaltung auch erst mal als Präsenzfortbildung geplant.

Herr Aliou Sangaré: Vielen Dank für Ihren Vortrag. Was unternehmen Sie für die Dekolonisierung der Medizin in Deutschland bzw. in Ihrem Zuständigkeitsgebiet? Viele Probleme, die heute angesprochen wurden, betrachte ich als Nachwirkung des Kolonialismus. Bis heute haben schwarze Menschen Probleme, zum Beispiel beim Blutspenden. Und auch als Flüchtling wird man schnell verdächtigt, Hepatitis B zu haben. Was unternehmen Sie in Ihrer Organisation, um die Ärzte zeitgemäß zu informieren und auszubilden?

Frau Svenja Nolting: Ich gebe Ihnen recht. Es gibt heutzutage noch Lehrmaterial, das man in dieser Form eigentlich nicht mehr machen würde. Es wird als diskriminierend wahrgenommen, und das ist auch faktisch so. Da sind aber natürlich auch die entsprechenden Universitäten

angehalten, sich damit zu befassen. Dieses Thema ist schon des Öfteren im Ärztetag diskutiert worden, und auch über die Bundesärztekammer findet hier ein Austausch statt.

Das gilt auch für die Frage der Erfassung von dermatologischen Erkrankungen. Der Berufsverband der Dermatologen arbeitet daran, entsprechend zu schulen, weil gesagt wird: Es ist unhaltbar, dass gegebenenfalls eine Krankheit später erkannt wird, weil die Lehrbücher alle im Endeffekt auf einen helleren Hauttyp ausgerichtet sind und People of Color nicht berücksichtigt werden. Dazu gibt es jetzt aber vermehrt Fortbildungen, um diese Defizite abzubauen.

Sowohl in der medizinischen Ausbildung als auch in der Weiterbildung besteht dauerhaft die Aufgabe, entsprechende Vorurteile abzubauen. Sie haben gerade das Thema Testung angesprochen. Bei uns laufen die Beschwerden, bei denen es um rassistische oder diskriminierende Sachverhalte geht - auch wenn sie bei den Bezirksstellen eingehen - immer über die Rechtsabteilung. Wir ziehen das hoch auf, weil wir einfach sicherstellen müssen, dass wir das Ganze vernünftig behandeln. Gerade kürzlich ging wieder eine Beschwerde in diese Richtung: Auf einmal wurde ein HIV-Test angeboten. Bei so etwas nehmen wir selbstverständlich Kontakt auf. Ich bin Juristin und keine Ärztin; da lasse ich mich natürlich auch erst einmal fachlich „briefen“, damit wir das vernünftig aufnehmen können. Dann weisen wir die Mitglieder darauf hin, dass sie das so nicht machen können und dass das fachlich nicht aktuell und wissenschaftlich nicht getragen ist, und im Wiederholungsfall sprechen wir natürlich auch Ahndungen aus. Es läuft hier im Hintergrund also durchaus etwas, gerade auch im ärztlichen Bereich.

*

Die **Kommission** beschließt einstimmig, in ihrer für den 25. August 2026 vorgesehenen Sitzung die Anhörung fortzuführen. Sie nimmt in Aussicht, zu dieser Anhörung den ASD Pflegedienst Hannover und auch die Landespatientenschutzbeauftragte einzuladen.

Tagesordnungspunkt 2:

Verschiedenes

Die **Kommission** bespricht Organisatorisches. Sie beschließt, die Einladung des Kultusausschusses anzunehmen, an der Unterrichtung zum Gesetzentwurf in der [Drs. 19/10433](#) „Entwurf eines Gesetzes zur Einführung und Durchsetzung verbindlicher Sprachstandserhebungen und Sprachfördermaßnahmen vor der Einschulung in Niedersachsen“ sowie zum Antrag in der [Drs. 19/10434](#) „Zukunftssichere Lehrkräfteausbildung gestalten - den Vorbereitungsdienst stärker auf schulpraktische Anforderungen der inklusiven Schule ausrichten!“ mit beratender Stimme teilzunehmen. Diese Unterrichtung ist für die Sitzung des Kultusausschusses am 28. August 2026 um 10:30 Uhr geplant.

Gemeinsame

Stellungnahme

der Arbeitsgemeinschaft Migrantinnen, Migranten und Flüchtlinge in Niedersachsen – amfn e.V. und der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V.

zur öffentlichen Anhörung am 16. Juni 2026 der Kommission zu Fragen der Migration und Teilhabe des Niedersächsischen Landtages im Rahmen der Beratung der Anträge „Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitswesen“ und „Diskriminierungsarme Zugänge zur Gesundheitsversorgung in Niedersachsen schaffen“.

Arbeitsgemeinschaft Migrantinnen, Migranten und Flüchtlinge in Niedersachsen – amfn e.V. Kurt-Schumacher-Straße 29 30159 Hannover Tel.: (05 11) 921 58 03 E-Mail: info@amfn.de	Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V. Schillerstraße 32 30159 Hannover Tel.: (05 11) 3 88 11 89 0 E-Mail: info@gesundheit-nds-hb.de
--	--

04. Juni 2026

Rassismus macht krank

Mit dem Ziel die Gesundheitschancen von rassistisch markierten Personen zu verbessern, wurde durch die Arbeitsgemeinschaft Migrantinnen, Migranten und Flüchtlinge in Niedersachsen – amfn e.V. in Kooperation mit der LVG & AFS und FrauenBUNT e.V. in Braunschweig im Januar 2025 das Projekt „Rassismus macht krank“ gestartet. Das Projekt wird im Rahmen des Bundesprogramms Demokratie leben! des BMBFSFJ mit einer Ko-Finanzierung des Niedersächsischen Sozialministeriums gefördert.

Das Projekt umfasst im Wesentlichen drei Handlungsfelder:

Im ersten Handlungsfeld **Empowerment und Stärkung von Communities** werden Migrantenselbstorganisationen (MSO) und Betroffene informiert und gestärkt, sodass sie ihre Rechte kennen, sich gegen Diskriminierung wehren und dieses Wissen in ihre Communities weitertragen können.

Das zweite Handlungsfeld **Rassismuskritische Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen** fokussiert besonders auf die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern. Ziel ist es, rassismuskritische Maßnahmen umzusetzen, die die Situation sowohl für Patient*innen als auch für Mitarbeitende verbessern. Hierzu wurde durch das Projekt ein Kooperationsvertrag mit dem Städtischen Klinikum Wolfenbüttel gGmbH geschlossen.

Das dritte Handlungsfeld **Dialog und Vernetzung** fördert den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen MSO und Akteur*innen des Gesundheitswesens. Neben dem Wissenstransfer soll insbesondere die Mehrheitsgesellschaft für das Thema sensibilisiert werden.

Im Projektverlauf hat sich gezeigt, dass neben Patient*innen auch Mitarbeitende in Krankenhäusern (und im Gesundheitswesen allgemein) sehr stark von Rassismus betroffen sind. Vor allem Pflegekräfte, die im Ausland rekrutiert werden oder Personen, die für eine Pflegeausbildung nach Deutschland kommen, sind betroffen. Innerhalb des Projektes wurde mit einem Angebot von Empowermentworkshops für direkt von Rassismus betroffenes Pflegepersonal sowie Auszubildende auf den Bedarf reagiert.

Die Besonderheit des Projektes liegt in der Verknüpfung der etablierten landesweiten Vernetzungsstrukturen und inhaltlichen Kompetenzen von amfn e.V. und der LVG & AFS. amfn e.V. ist seit Jahrzehnten sowohl innerhalb der MSO-Landschaft als auch für Einzelpersonen eine vertrauenswürdige Anlaufstelle für die Interessenvertretung von Migrant*innen und Geflüchteten in Niedersachsen. Auch inhaltlich ist amfn im Bereich der rassismuskritischen Arbeit und Empowerment seit langer Zeit sehr aktiv und personell sowie strukturell aufgestellt. Die LVG & AFS bildet hinsichtlich der Mitgliederstruktur und als Vernetzungsplattform das Pendant zu amfn e.V. im Gesundheitsbereich. Der Verein ist über Projekte und Mitarbeit in Gremien in den Bereichen der kommunalen Daseinsvorsorge, Gesundheitsförderung und Prävention

sowie den geburtshilflichen, pflegerischen oder auch psychosozialen
Versorgungsstrukturen und als Bildungsträger im gesundheitlichen Bereich in ganz
Niedersachsen etabliert und vernetzt.

Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitswesen

Rassismus im Gesundheitssystem ist kein Einzelschicksal, sondern ein strukturelles Problem – mit gravierenden Folgen für Patient*innen, wie auch für das Gesundheitspersonal. Während marginalisierte Gruppen wie BIPOC, Geflüchtete oder Menschen mit Migrationsgeschichte mit systemischen Barrieren beim Zugang zu Gesundheitsleistungen konfrontiert sind, erfahren auch die im Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte regelmäßig Diskriminierung. Im Folgenden wird auf die Situation von direkt von Rassismus betroffenen Rat- und Hilfesuchenden im Gesundheitssystem sowie auf die Situation Internationaler Pflegefachkräfte, die zur Deckung des Pflegebedarfs in Niedersachsen dringend benötigt werden, eingegangen.

Rassistische Diskriminierung von Rat- und Hilfesuchenden

Menschen mit Migrationsgeschichte und BIPOC erleben im Gesundheitssystem deutliche Benachteiligungen, die ihre gesundheitliche Versorgung und damit ihre Lebensqualität einschränken. Diskriminierung zeigt sich unter anderem im erschwerten Zugang zu medizinischen Diensten, unzureichender Sprachmittlung oder durch Vorurteile und Stereotype der Fachkräfte, die dazu führen, dass Symptome nicht ernst genommen oder falsch interpretiert werden.

Online-Umfrage „Rassismus macht krank“

Um Erfahrungen von Rassismus im Gesundheitswesen zu dokumentieren und daraus Handlungsempfehlungen abzuleiten, wurde im Sommer 2025 durch das Projekt „Rassismus macht krank“ eine Online-Umfrage gestartet. Übersetzt in sechs Sprachen, verbreitet über soziale Netzwerke, Beratungsstellen und Community-Gruppen, war der Fragebogen offen und anonym: Welche rassistische Diskriminierung möchtest du teilen? Wo ist dir das passiert und was hätte dir in dieser Situation geholfen? An der Befragung beteiligten sich insgesamt 85 Personen. Im Folgenden werden Zitate aus der Umfrage in Verbindung mit drei exemplarischen Ergebnissen aus dem Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitor (NaDiRa) und des Afrozensus dargestellt.

Vermeidung einer medizinischen Behandlung

Daten aus dem NaDiRa zeigen, dass rassistisch markierte Personen medizinische Hilfe später in Anspruch nehmen als nicht rassistisch markierte Personen. Besonders betroffen sind Schwarze, asiatische und muslimische Frauen. So vermeiden oder verzögern 14,3 % der Schwarzen Frauen, 12,9 % der asiatisch gelesenen Frauen und 12,8 % muslimische Frauen im Gegensatz zu 6,3 % der nicht rassistisch markierten Frauen eine medizinische Behandlung. Als eine der Ursachen für das Aufschieben von Arztbesuchen wurde die Angst vor Diskriminierung benannt (DeZIM: 2023).

Zitate aus der Umfrage:

„Immer wieder wurden meine Eltern zurechtgewiesen und abgewertet, dass sie ja immer noch nicht ausreichend Deutsch sprechen würden.“

„Es wurde darüber gesprochen [im Behandlungsraum], dass man wegen Kopftuchtragenden und Muslimen im Allgemeinen nicht mehr durch die Stadt laufen kann.“

„Obwohl ich gut Deutsch spreche, wurde ich von Anfang an anders behandelt. Es waren nicht immer direkte Worte, sondern oft der Ton, der Blick, die Ungeduld, das schnelle Abwinken.“

„Vor allem an der Rezeption, wenn man angeschrien wird, bevor man überhaupt ein Wort sagt. Sobald ich zwei, drei Sätze spreche, sind sie plötzlich leiser. Keine Sprache, die man nicht gut kann, kann man plötzlich besser verstehen, nur weil die Person einen anschreit. Ich fühlte mich wie Ballast, wie ein Kästchen, das schnell abgehakt werden muss.“

„Ich möchte mittlerweile nicht mehr in Krankenhäuser, weil ich Angst habe, rassistisch behandelt zu werden.“

Ausbleibende Behandlung und verzögerte Diagnosen können gravierende Folgen haben. Symptome verschlechtern sich. Krankenhausaufenthalte werden wahrscheinlicher, obwohl sie bei früher Versorgung oft vermeidbar gewesen wären. Gleichzeitig steigt dort die Abhängigkeit. Wer stationär behandelt wird, kann nicht einfach gehen.

Benachteiligung bei der Terminvergabe

Die Benachteiligung von rassistisch marginalisierten Personen bei der Terminvergabe in Arztpraxen wurde ebenfalls im Rahmen des NaDiRa untersucht. In einem Experiment wurden knapp 6.800 Praxen per E-Mail kontaktiert, in der ein zeitnaher Termin angefragt wurde. Die Absender*innen hatten Namen, die in Deutschland, der Türkei oder Nigeria verbreitet sind, der Wortlaut der Nachrichten war identisch. Patient*innen mit deutsch klingendem Namen erhielten signifikant häufiger eine positive Rückmeldung (51 %) als Patient*innen mit türkischen (45 %) oder nigerianischen Namen (44 %) (DeZIM 2023: 136 ff.).

Zitate aus der Umfrage:

„Sie [meine Partnerin] wurde bei der Suche nach einem Hausarzt oft abgelehnt oder abgewürgt am Telefon.“

„Im Krankenhaus kam ich erst nach 4 Stunden Wartezeit ran und die Ärztin meinte, es sei ja nicht so schlimm, wenn ich das Kind verliere. Personen wie wir können ja schnell ein neues Kind machen und dann hätten wir eben Pech gehabt.“

Beschwerden werden nicht ernst genommen

Wer krank ist, sucht Hilfe. Doch viele Patient*innen berichten, dass sie stattdessen Zweifel erleben. Ihre Schmerzen werden relativiert, ihre Wahrnehmung infrage gestellt. Was sie fühlen, wird umgedeutet. Was sie sagen, wird nicht ernst genommen. Im Afrozensus (2020) gaben zwei Drittel der Befragten an, dass ihre Beschwerden von medizinischem Personal nicht ernst genommen wurden (Aikins et al. 2021). Was bleibt, ist ein Gefühl von Ohnmacht. Und die Frage, ob der eigene Körper erst dann ernst genommen wird, wenn es zu spät ist.

Zitate aus der Umfrage:

„Ich habe zig Ärztinnen und Ärzte aufgesucht, aber es wurde kein Grund für meine körperlichen Beschwerden gefunden. Dann hieß es, dass ich bestimmt zuerst von meinen Eltern oder Brüdern und jetzt von meinem Mann unterdrückt werde. Meine Beschwerden seien also psychisch bedingt.“

„Mit Gallensteinschmerzen bzw. -koliken (bekannt bei mir) war ich in der Notaufnahme. Die Krankenschwester lacht und sagt, ich hätte weniger Zwiebeln essen sollen (was ich nicht mal gegessen habe), dann hätte ich auch keine Schmerzen.“

„Wegen starken Kopfschmerzen bei der Neurologin: Kopfschmerzen kommen vom Kopftuch.“

„Ein Hautarzt sprach bei der Diagnose davon, dass Symptome für Menschen mit meinen Genen typisch seien. Er wusste gar nichts über meine Gene.“

Das Absprechen oder Relativieren eigener Empfindungen wird in der Wissenschaft als Medical Gaslighting bezeichnet. Dabei werden Symptome vorschnell als stressbedingt oder psychosomatisch eingeordnet, ohne dass Ursachen gründlich abgeklärt werden. Betroffene berichten, dass ihnen geraten wird, sich zu entspannen, mehr Sport zu treiben oder ihre Ernährung umzustellen. Diagnostik bleibt aus. Das Nichternstnehmen von Symptomen oder das Herunterspielen des Schmerzempfindens bei Menschen mit Migrationsgeschichte ist in der medizinischen Behandlung so weit institutionalisiert, dass es sogar umgangssprachliche Scheindiagnosen wie „Morbus Mediterraneus“, „Morbus Bosporus“ oder „Mammamia-Syndrom“ gibt.

Fazit

Diese Erlebnisse verdeutlichen die extreme Abhängigkeit der Patient*innen und die körperliche Dimension von Diskriminierung. Forschung zeigt: Wer wiederholt solche Erfahrungen macht, verliert das Vertrauen in das Gesundheitssystem. Studien belegen, dass Menschen mit häufigen Diskriminierungserfahrungen nur noch zu 30-40 % Vertrauen in Einrichtungen des Gesundheitswesens haben – bei Menschen ohne solche Erfahrungen liegt das Vertrauen bei rund 70 % (DeZIM 2023: 101ff).

Rassistische Diskriminierung von Internationalen Pflegefachkräften

In den letzten Jahren wurden verschiedene Analysen zur Situation von Internationalen Pflegefachkräften in Deutschland veröffentlicht. Unisono wird vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels die Bedeutung von internationalen Pflegefachkräften betont und auf die Wichtigkeit von diversitätssensiblen und rassistuskritischen Strukturen und Prozessen in Unternehmen des Gesundheitswesens hingewiesen.

Fachkräftemangel in Pflegeberufen in Niedersachsen

In Niedersachsen waren im Jahr 2024 etwa 114.000 Personen in der Pflege beschäftigt (Landespflegebericht 2024: 109). Die Autor*innen des Landespflegeberichts 2024 weisen auf strukturelle und sektorenübergreifende Herausforderungen bei der Besetzung von Personalstellen in der Pflege hin (ebd. S. 188). Zwei Drittel der im Rahmen der Erstellung des Landespflegeberichts befragten Pflegeeinrichtungen (63,1 %) geben an, dass sie spürbare Schwierigkeiten haben, ihre Personalauslastung stabil zu halten. Besonders kritisch bewerteten die Einrichtungen die Bewerbungslage für die Ausbildung (ebd.: 191). Da aufgrund des demografischen Wandels mit einem weiteren Anstieg von pflegebedürftigen Personen zu rechnen ist und parallel dazu das Erwerbspersonenpotenzial im Inland sinkt, kann der nötige Personalaufwuchs an Pflegekräften nicht allein durch eine weitere Mobilisierung inländischer Potenziale kompensiert werden.

Internationale Pflegefachpersonen in Niedersachsen

Seit 2022 wird der bundesweite Aufwuchs an Pflegepersonal ausschließlich durch Fachkräfte aus dem Ausland gedeckt. Aktuell sind in Deutschland ungefähr 350.000 Personen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit (20 % aller Beschäftigten in Pflegeberufen) in der Pflege beschäftigt. Davon arbeiten rund 205.000 Personen in der Krankenpflege und etwa 148.000 in der Altenpflege. Für das Bundesland Niedersachsen liegen keine gesonderten Zahlen vor. Eine Einschätzung für den Altenpflegebereich auf kommunaler Ebene kann über eine Erhebung der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen Nürnberg gewonnen werden. Hier weisen besonders Ballungsräume wie die Region Hannover (30,7 %), Wolfsburg (30,2 %) und Braunschweig (23,2 %) überdurchschnittlich hohe Quoten auf, während im Nordwesten Niedersachsens mit den Landkreisen Aurich (3,5 %) und Leer (5,2 %) sehr wenige Pflegefachpersonen mit ausländischer Staatsangehörigkeit in der Altenpflege beschäftigt sind.

Herausforderungen der Integration

Der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) erfasst seit 2024 jährlich die Stimmungslage professionell Pflegender in Deutschland. Der Bericht für das Jahr 2025 fokussierte auf Internationale Pflegefachkräfte. Unabhängig von der Staatsangehörigkeit empfinden 84 % der befragten Personen ihren Beruf als sinnstiftend, aber nur 57 % würden ihn wieder ergreifen. Als problematisch werden die weiterhin hohe Arbeitsbelastung bei schlechter Personalausstattung, aber auch

Themen wie Wertschätzung durch Arbeitgeber*innen und gesellschaftliche Anerkennung genannt.

Wird die Arbeitszufriedenheit internationaler Pflegekräfte betrachtet, zeigt sich ein etwas anderes Bild. In dieser Gruppe können 60 % der Befragten nicht aus voller Überzeugung sagen, dass sie sich an ihrem Arbeitsplatz wohlfühlen und 39 % würden anderen Kolleg*innen nicht empfehlen, in Deutschland im Pflegeberuf zu arbeiten. Welchen Herausforderungen Internationale Pflegekräfte in Deutschland gegenüberstehen, wurde durch das DeZIM (Gangarova et al. 2025) erhoben. Hier wird an erster Stelle die Sprachbarriere genannt, danach folgen Probleme bei der Wohnungssuche, der Mangel an sozialen Kontakten sowie die lange Wartezeit auf die Anerkennung der Berufsqualifikation (im Durchschnitt 426 Tage) (IAB-Bericht 2024: 18).

Rassistische Diskriminierung von Pflegefachkräften

In der Befragung des DeZIM (Gangarova et al. 2025) gaben 20 % der befragten Personen an, rassistische Diskriminierung zu erleben. In der Befragung schildern Pflegekräfte systematische Diskriminierungserfahrungen: Bloßstellungen, Demütigungen, gezielte Fehlersuche, Ignoranz, Mikroaggressionen bis hin zu körperlichen Übergriffen. Viele Pflegekräfte verzichteten aus Angst vor Arbeitsplatz- oder Visumsverlust darauf, Vorfälle zu melden. Die Befragung des DBfK (2025) bestätigt diese Angaben. Hier geben über 40 % der befragten internationalen Pflegefachkräfte an, rassistisch diskriminiert und körperlich angegriffen worden zu sein. In einer Befragung philippinischer Pflegefachkräfte durch Lugert-Jose (2023) geben sogar 64 % der Befragten an, Diskriminierung und Rassismus zu erleben. Die ausübenden Personen sind dabei hauptsächlich Kolleg*innen, Vorgesetzte sowie nicht weiter spezifizierte Personen aus dem Arbeitsumfeld. Nur 11 % geben an, durch Bewohner*innen bzw. Patient*innen Diskriminierung zu erfahren. Folgen von Diskriminierung am Arbeitsplatz sind Gesundheitsgefährdung durch Mehrfachbelastung (Arbeitsdruck, Anerkennungsverfahren, Spracherwerb und Diskriminierung), Kündigung/Arbeitsplatzwechsel/Abwanderung von Pflegefachkräften sowie die Gefährdung der Betreuungs-/Behandlungsqualität aufgrund des Fachkräftemangels (Gangarova et al. 2025). Um dies zu verhindern sind unterschiedliche Maßnahmen einer diversitätssensiblen und rassismuskritischen Organisationsentwicklung angezeigt.

Diversitätssensible und rassismuskritische Organisationsentwicklung

Rassistische Diskriminierung am Arbeitsplatz entsteht durch interne Strukturen und Prozesse, wird aber auch auf einer individuellen Ebene ausgetragen. Dr. Sidra Khan-Gökkaya (2023), die Antirassismusbeauftragte des UKE in Hamburg, empfiehlt auf institutioneller Ebene die Einrichtung von niedrigschwelligen und machtkritischen Beschwerde- und Meldewegen sowie die Entwicklung interner Leitlinien und Positionspapiere zum Umgang mit Diskriminierung am Arbeitsplatz. Auf individueller Ebene sind Angebote des Empowerments für betroffene Mitarbeitende sowie verpflichtende Fortbildungsangebote für Mitarbeitende und Vorgesetzte zum Thema Umgang mit Vielfalt am Arbeitsplatz angezeigt.

Fazit

Um den steigenden Bedarf an Pflegefachkräften zu decken ist Deutschland, aber

auch viele andere Länder, auf die Anwerbung von Pflegefachkräften sowie Auszubildenden für Pflegeberufe im Ausland angewiesen. Dementsprechend hoch ist die Konkurrenz innerhalb der anwerbenden Länder hinsichtlich attraktiver Arbeitsplätze. Neben Regelungen zur fairen Anwerbung (siehe: Kriterien des Gütesiegels „Faire Anwerbung Pflege Deutschland“) und ein, auf die individuellen Bedürfnisse der Pflegepersonen zugeschnittenes, Onboarding ist auch eine vielfalts- und diskriminierungssensible Arbeitsumgebung von hoher Bedeutung. Nur so können die mühsam im Ausland angeworbenen Pflegefachkräfte gehalten und dem Fachkräftemangel etwas entgegengesetzt werden. Auch ist davon auszugehen, dass genannte Maßnahmen der Organisationsentwicklung auch den nicht aus dem Ausland zugewanderten Personen zu Gute kommen werden.

Literatur

Aikins, M. A., Bremberger, T., Aikins, J. K., Gyamerah, D., Yildirim-Caliman, D. (2021): Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland. Download: <https://afrozensus.de/>

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

https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/Rassismus_und_seine_Symptome.pdf

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) (2025): Pflege wie geht es dir? Internationale Kolleg:innen kommen – ob sie bleiben, entscheidet gelingende Integration. Download:

https://www.dbfk.de/media/docs/newsroom/publikationen/DBfK-Umfrage_Pflege-wie-geht-es-dir_2025.pdf

Gangarova, T., Kechout, J., Vogt, H. (2025): Rassismus in der Pflege. Zur Situation international angeworbener Pflegekräfte in Deutschland. DeZIM Policy Briefs DPB #06. Download: [https://www.dezim-](https://www.dezim-institut.de/fileadmin/user_upload/fis/publikation_pdf/FA-6436.pdf)

[institut.de/fileadmin/user_upload/fis/publikation_pdf/FA-6436.pdf](https://www.dezim-institut.de/fileadmin/user_upload/fis/publikation_pdf/FA-6436.pdf)

Lugert-Jose, G. (2023) Philippinische Pflegekräfte in Deutschland. Eine Studie zur Mitarbeiterzufriedenheit – Schwerpunkt Diskriminierung und Rassismus. Download:

https://gracelugert.com/wordpress/wp-content/uploads/2023/10/GLJ-Arbeitsplatz-Studie-Phil.Nurses-Fokus-D_R-deutsch-20231002.pdf

Khan-Gökaya, S. (2023): Stellungnahme der Vorstandsbeauftragten für Migration, Integration und Anti-Rassismus im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf zur Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landtags NRW am 18. Januar 2022 zum Thema „Respekt für unser Gesundheitspersonal sicherstellen“. Düsseldorf. Landtag Nordrhein-Westfalen. Download:

<https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMST18-174.pdf>

Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung (Hrsg.) (2025) Landespflegebericht Niedersachsen 2024. Schwerpunkt Regionale Perspektiven der Langzeitpflege. Download:

file:///C:/Users/amfn/Downloads/20250624_Niedersachsen_Landespflegebericht_2024.pdf

Stellungnahme der Ärztekammer Niedersachsen zur Anhörung der Kommission zu Fragen der Migration und Teilhabe des Niedersächsischen Landtages

zu den Anträgen „Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitswesen“ sowie „Diskriminierungsarme Zugänge zur Gesundheitsversorgung in Niedersachsen schaffen“

Die Ärztekammer Niedersachsen bedankt sich für die Möglichkeit, im Rahmen der Anhörung zu den genannten Anträgen Stellung zu nehmen.

Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitswesen sind ernst zu nehmende gesellschaftliche und gesundheitspolitische Themen. Das Gesundheitswesen muss allen Menschen unabhängig von Herkunft, ethnischer Zuschreibung, Religion, Sprache, Geschlecht, sexueller Orientierung, Behinderung oder sozialem Status einen gleichberechtigten Zugang zu medizinischer Versorgung ermöglichen. Dies entspricht dem ärztlichen Berufsethos ebenso wie den berufsrechtlichen Verpflichtungen der Ärztinnen und Ärzte.

Aus Sicht der Ärztekammer Niedersachsen ist darauf hinzuweisen, dass Beschwerden wegen rassistischer oder diskriminierender Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte im Rahmen des Beschwerdemanagements der Ärztekammer Niedersachsen nur äußerst selten vorgetragen werden. Dies bedeutet nicht, dass entsprechende Erfahrungen ausgeschlossen werden können oder nicht vorkommen. Die geringe Zahl entsprechender Beschwerden lässt jedoch keine belastbaren Rückschlüsse auf ein strukturelles Problem innerhalb der niedersächsischen Ärzteschaft zu.

Für eine umfassende Bewertung der Situation erscheint es daher sinnvoll, weitere Akteure einzubeziehen, die über Erfahrungen mit Beschwerden von Patientinnen und Patienten verfügen. Insbesondere könnte die Anhörung der Landespatientenschutzbeauftragten, Frau Dr. med. Nicole Sambruno Spannhof, zusätzliche Erkenntnisse liefern.

Ein wesentlicher Aspekt für einen diskriminierungsarmen Zugang zur Gesundheitsversorgung ist aus Sicht der Ärztekammer Niedersachsen die Überwindung von Sprachbarrieren. Eine erfolgreiche medizinische Diagnostik und Behandlung setzen voraus, dass sich Ärztinnen und Ärzte sowie Patientinnen und Patienten gegenseitig verstehen. Sprachliche Verständigung ist Grundvoraussetzung für Anamnese, Aufklärung, Einwilligung und Therapie.

Die derzeitige Situation ist jedoch vielfach unbefriedigend. Von wenigen Ausnahmen abgesehen müssen die Kosten für professionelle Sprachmittlerinnen und Sprachmittler beziehungsweise Dolmetscherdienste von den Patientinnen und Patienten selbst getragen werden. In der Praxis erscheinen Patientinnen und Patienten deshalb häufig ohne professionelle Unterstützung in Praxen und Kliniken. Die medizinischen Einrichtungen sind dann darauf angewiesen, dass Mitarbeitende über entsprechende Sprachkenntnisse verfügen oder Angehörige und Begleitpersonen die Kommunikation übernehmen. Dies ist weder aus medizinischer

noch aus datenschutz- und aufklärungsrechtlicher Sicht eine zufriedenstellende Lösung.

Die Ärztekammer Niedersachsen regt daher an, dass sich das Land Niedersachsen auf Bundesebene für eine verlässliche Finanzierung professioneller Dolmetscherleistungen im Gesundheitswesen einsetzt. Nur unter Bedingungen einer gesicherten Verständigung kann eine qualitativ hochwertige, sichere und diskriminierungsarme Gesundheitsversorgung gewährleistet werden. In diesem Zusammenhang verdienen bestehende Modelle und Projekte zur sprachlichen Unterstützung, bspw. Triaphon, besondere Beachtung, um flächendeckend zur Anwendung zu kommen.

Besonders ausgeprägt zeigen sich die Folgen von Sprachbarrieren im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung. Psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung sind in hohem Maße auf sprachliche Kommunikation angewiesen. Ohne ausreichende Verständigungsmöglichkeiten ist eine bedarfsgerechte psychotherapeutische Versorgung häufig kaum möglich. Insofern hebt die Ärztekammer Niedersachsen hervor, dass hier besonderer Handlungsbedarf besteht.

Darüber hinaus weisen verschiedene Untersuchungen zu Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen auf strukturelle Belastungsfaktoren hin. Hierzu zählen insbesondere Personalmangel, steigender ökonomischer Druck sowie Versorgungsengpässe. Diese Faktoren erschweren eine patientenzentrierte Versorgung und können dazu beitragen, dass individuelle Bedürfnisse nicht immer ausreichend berücksichtigt werden können. Die Ärztekammer Niedersachsen weist seit Jahren darauf hin, dass die zunehmende Arbeitsverdichtung insbesondere durch bürokratische Vorgaben und der zunehmend Fachkräftemangel Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung haben können. Die derzeit diskutierten Reformvorhaben im Gesundheitswesen werden diese Herausforderungen nach Einschätzung vieler Ärztinnen und Ärzte nicht entschärfen, sondern vielmehr verstärken.

Zusammenfassend hält die Ärztekammer Niedersachsen fest:

- Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitswesen sind ernst zu nehmende Themen, denen mit Sensibilität und Entschlossenheit begegnet werden muss.
- Im Beschwerdeaufkommen der Ärztekammer Niedersachsen spielen entsprechende Vorwürfe bislang jedoch nur eine sehr untergeordnete Rolle.
- Für eine umfassende Bewertung sollten weitere Beschwerde- und Beratungsstellen, insbesondere die oder der Landespatientenschutzbeauftragte, einbezogen werden.
- Die größte praktische Hürde für eine diskriminierungsarme Versorgung stellt vielfach die fehlende sprachliche Verständigung dar.
- Das Land Niedersachsen sollte sich für eine verlässliche Finanzierung professioneller Dolmetscherleistungen im Gesundheitswesen einsetzen.
- Insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung besteht diesbezüglich erheblicher Handlungsbedarf.
- Gute medizinische Versorgung setzt ausreichende personelle und strukturelle Ressourcen voraus. Personalmangel, Arbeitsverdichtung und ökonomischer

Druck erschweren eine patientenorientierte Versorgung und sollten bei der Bewertung möglicher Diskriminierungsrisiken berücksichtigt werden.

Die Ärztekammer Niedersachsen steht für eine hochwertige, diskriminierungsfreie und an den Bedürfnissen aller Patientinnen und Patienten orientierte medizinische Versorgung und unterstützt Maßnahmen, die diesem Ziel dienen.