

N i e d e r s c h r i f t

über die 26. - öffentliche - Sitzung

der Kommission zu Fragen der Migration und Teilhabe

am 25. August 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)
- Fortsetzung der Anhörung**
 - *ASD Pflegedienst Hannover* 4
 - *Dr. med. Nicole Sambruno Spannhoff, Landespatientenschutzbeauftragte* 13
2. **Verschiedenes** 25

Anwesend:

Mitglieder der Kommission:

1. Abg. Ulrich Watermann (SPD), Vorsitzender
2. Abg. Lena-Sophie Laue (CDU)
3. Abg. Djenabou Diallo Hartmann (GRÜNE) (bis 16:45 Uhr)
4. Abg. Holger Kühnlenz (AfD)

5. Frau Séverine Jean
6. Frau Magdalena Kruse
7. Frau Banafsheh Nourkhiz
8. Herr Prof. Dr. Jochen Oltmer
9. Frau Beate Seusing
10. Frau Laura Syska
11. Herr Osman Timur

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

Stellvertretende Mitglieder der Kommission:

1. Herr Aliou Sangaré
2. Herr Ali Türk

Von der Landtagsverwaltung:

Regierungsrätin Triefenbach.

Niederschrift:

Regierungsdirektor Schröder, Regierungsdirektorin Dr. Schütze, Stenografischer Dienst.

Sitzungsdauer: 16:04 Uhr bis 17:38 Uhr.

Außerhalb der Tagesordnung:

Billigung von Niederschriften

Die **Kommission** billigt die Niederschriften über die 23. und die 25. 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)

Fortsetzung der Anhörung

ASD Pflegedienst Hannover

Anwesend:

- Selda Dursun
- Atilla Kaan Dursun

Atilla Kaan Dursun: Ich bin Geschäftsführer des ASD Hannover. Wir haben unseren Sitz im Stadtkern, in der Karmarschstraße 18. Der eine oder andere wird schon dort vorbeigelaufen sein.

Selda Dursun: Ich bin die Ehefrau, ausgestattet mit Prokura und aktiv an der Gründung beteiligt. Wir werden Ende des Jahres fast acht Jahre auf dem Markt sein und haben damals mit fünf Mitarbeitern angefangen. Jetzt sind wir bei knapp 400 Mitarbeitern angelangt und wachsen ständig. Wir haben keinen Pflegefachkräftemangel. Wir haben noch das kleine Büro in der Herrenhäuser Straße 64. Wir haben vor, dort unsere nächste Abrechnung durchzuführen, um die Erinnerung daran, wie wir gestartet sind, nicht zu vergessen. Jetzt sind wir in einem viergeschossigen Bürogebäude untergebracht, das für uns auch schon nicht mehr ausreichend bemessen ist.

Wir arbeiten bundesweit und bieten jede Dienstleistung an, sei es die Teilhabe, seien es junge Menschen mit Behinderungen oder Einschränkungen, die bei uns in den Häusern leben, Schulbegleitungen oder Kinder mit Diabetes. Wir sind in verschiedenen Themen aktiv, bis hin zu ihren privaten Geschichten. Ich hätte Ihnen von heute Morgen, 08:30 Uhr, bis jetzt erzählen können, was wir alles erlebt haben und wo wir überall aktiv dabei sind. Das ist ein Lebenswerk.

Dass wir heute hier sind, liegt daran, dass wir schon zuzeiten unserer Unterbringung in der Herrenhäuser Straße viele Bewerbungen gehabt haben und sie in der Karmarschstraße immer noch bekommen. Es liegt nicht daran, dass sich das Büro in einer zentralen Lage befindet und daher öffentliche Aufmerksamkeit findet. Bewerbungen hat es immer gegeben, und deswegen hat es dieses Wachstum gegeben. Als wir in das Gebäude eingezogen sind, haben wir knapp 300 Mitarbeiter gehabt.

Wir haben das Problem, dass wir Patientenversorgungen hinterherrennen müssen. Wir haben ein kleines Mädchen, das beatmet werden musste und stark intensivpflegebedürftig war, nach vier Jahren leider heute im Kindergarten verloren. Es wurde reanimiert, es wurde alles richtig

gemacht, der Notdienst und die Ärzte kamen. Sie haben bestätigt, dass alles richtig gemacht worden ist. Wir haben - toi, toi, toi - bis heute diesbezüglich keine Probleme gehabt. Es war richtig, weil wir das Personal auswählen und herausfinden, welche Erfahrungen vorliegen, und die nötigen Fortbildungen organisieren.

Das supergroße erfahrene Team, das drei oder vier Jahre mit diesem Kind gearbeitet hat, steht jetzt frei. Was mache ich jetzt? Ich gehe auf die Suche nach einem Patienten. *Ich* gehe auf die Suche. Ich kontaktiere Kliniken und Sozialdienste. Es kommt aber nie eine positive Rückmeldung. Das löst nach fast acht Jahren jetzt bei mir Fragen aus. Man hört und liest, dass überall Pflegefachkräftemangel herrscht und überall Patienten sind. Nur wo? Informationen darüber, wo diese Patienten sind, muss man den Leuten quasi aus der Nase ziehen.

Es gibt eine Überleitung, die „Recare“ heißt. Das ist eine digitale Plattform, die den Sozialdienst im Krankenhaus bei der Suche nach Nachsorgeplätzen unterstützt. Die Überleitung erfolgt zu allen Pflegediensten, die es in Niedersachsen und in ganz Deutschland gibt. Aber wenn der Bedarf eines Patienten in das System eingetragen wird, dann ist der Patient sofort auch schon wieder raus aus dem System.

Wir müssen lange Strecken fahren. Einer unserer Mitarbeiter ist gestern 400 bis 500 km gefahren. Die Klinik hat gesagt, dass sie vier bis fünf Fälle im Jahr habe und dass es immer derselbe Pflegedienst sei, dieser aber nicht so gut sei.

Nach den Erfahrungen, die wir in den vergangenen Jahren gesammelt haben, besteht darin das Problem: Man sollte dort unparteiisch reagieren. Man sollte mit allen Pflegediensten arbeiten. Die Krankenhäuser tauschen einander doch auch Plätze aus. Das sollte bei den Sozialdiensten genauso sein. Vielleicht sollten auch die Sozialdienste die Ranglisten der Pflegedienste einmal austauschen, damit sichtbar wird, dass jeder Pflegedienst bedient wird.

Ein weiteres Problem ist, dass heutzutage jeder einen Pflegedienst eröffnen kann. Meines Erachtens sollte jeder Pflegedienst auf eine Historie zurückblicken können. Wir haben doch auch viele Erfahrungen, was falsch läuft, und Tipps und Ideen, was besser gemacht werden kann. Wir kommen hier her, nennen unsere Namen und scheuen uns auch nicht, mit den Medien zu sprechen. Auch unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können Feedbacks und Rückmeldungen geben. Auch Angehörige geben Rückmeldungen, dass in den Pflegediensten alles gut und koordiniert läuft. Natürlich wird es auch den einen oder anderen geben, der nicht zufrieden ist. Aber es ist alles transparent. Insofern sollte etwas aussortiert werden können. Hierbei fehlt uns ein bisschen die Unterstützung.

Es gibt Betreibende neuer Pflegedienste, die mit sehr hohen Stundenlöhnen werben. Auch wir haben hohe Stundenlöhne, aber nicht so hohe, haben damit aber kein Problem, weil Personal, das sich bei uns bewirbt, uns vertrauen kann. Es gibt Pflegedienstbetreiber, die mit Stundenlöhnen von 28 Euro werben, obwohl sie erst seit drei Monaten auf dem Markt sind. Ich weiß nicht, wie diese Pflegedienste werben, um an Patienten zu kommen. Uns fehlt gegenüber solchen Pflegediensten die Rückendeckung.

Wir wünschen uns eine Arbeit, die durch unsere Tipps vielleicht besser geleistet werden kann. Die Patienten sind auf unsere Hilfe angewiesen. Wir verbringen unsere Zeit damit, dafür zu sorgen, dass die Patienten von glücklichem Personal gut versorgt werden. Dazu, diese Leistungen zu erbringen, gehört, 24 Stunden in Bereitschaft zu sein, ihre Probleme anzuhören und

anzuhören, wie sie zur Arbeit kommen und wie sie nach Hause zurückkommen. Wir haben Fahrdienste. Ich bin der Ansicht, dass wir in der Pflege unsere Hausaufgaben sehr gut gemacht haben.

Ich habe damals noch mitgearbeitet und war unter anderem in der Hauswirtschaft tätig, um selbst erkennen zu können, wo die Schwächen sind, was fehlt und was nicht gemacht wird. Heute sehen wir den Erfolg unserer Arbeit, uns fehlt aber die Zuleitung von Patienten.

Atila Kaan Dursun: Es gibt noch einen ganz entscheidenden und wichtigen Aspekt, der mit diesem Thema sehr eng verbunden ist. Er betrifft die Frage: Wo fängt Diskriminierung an? Lassen Sie es mich einmal ganz fromm aussprechen: Wenn Sie Menschen mit türkischer Herkunft als Pflegefachkraft nach Deutschland holen, dann ist dank deren Integration die Wahrscheinlichkeit, dass sie als Pflegendе diskriminiert werden, geringer als bei jemandem, der einer Volksgruppe angehört, die in Deutschland wenig vertreten ist. Für Letzteren sind die hiesigen sozialen Strukturen neu und die Chancen, in der Community Menschen derselben Volksgruppe zu finden, gering. Diesen Punkt muss man berücksichtigen in einem Berufszweig, der mit der direkten Konfrontation mit dem Menschen zu tun hat. Ich habe das Gefühl, dass man sich auf den oberen Rängen der Regierungsebene nie Gedanken darüber gemacht hat, ob ein Mensch aus Mexiko Probleme haben könnte, hier im Bereich der Pflege akzeptiert zu werden, weil seine Community in Deutschland nicht sehr weit verbreitet ist. Für die türkische Volksgruppe gilt das nicht; denn es gibt in Deutschland ganze Stadtviertel mit türkischen Geschäften. Ein Mensch türkischer Herkunft, der in Deutschland eingereist ist und hier als Pflegefachkraft arbeitet, wird sich relativ zügig integriert haben und in der Gesellschaft leichter zurechtkommen, weil in Deutschland viele Menschen, die seine Heimatsprache sprechen, leben.

Wir finden es problematisch, dass die bestehenden fachlichen Strukturen nicht nach ihren Vorstellungen und Wünschen befragt werden, bevor grundlegende Entscheidungen zur Beschäftigung von ausländischen Menschen in der Pflege getroffen werden. Das Ergebnis der Befragungen der bestehenden fachlichen Strukturen könnte sein, dass Menschen aus Mexiko hier erst einmal probeweise arbeiten, um erst dann die Grundsatzentscheidung zu treffen, Menschen beispielsweise aus Mexiko als Pflegefachkräfte nach Deutschland zu holen, wenn sich erwiesen hat, dass sie in Deutschland zurechtkommen, sich hier willkommen fühlen und somit in den bestehenden Strukturen wie gewünscht funktionieren werden. Pflege ist nun einmal nicht das Gleiche wie Verkaufen oder Backen, sondern eine Arbeit direkt am menschlichen Individuum. Dieses sehr wichtige Thema sollte meines Erachtens ebenfalls bearbeitet werden.

Abg. Holger Kühnlenz (AfD): Danke, dass Sie heute hier sind und für Fragen zur Verfügung stehen. Ich höre es gerne, dass Sie im Bereich der Pflege keine Personalprobleme haben. Ich habe 18 Jahre in Zeitarbeit gearbeitet und weiß, wie lange es dauern kann, bis man den richtigen Mitarbeiter gefunden hat. Sie haben gesagt, Sie wünschten sich, dass ein Gremium geschaffen wird, das die Patienten auf die Pflegedienste verteilt. Sie haben das Problem geschildert, dass manche einen Pflegedienst eröffnen und super Löhne zahlen, damit sie auch Mitarbeitende finden, die sie einstellen können, und sie diese Mitarbeitenden dann auf die Menschheit loslassen. Die große Problematik ist, dass manchmal Gewalt von beiden Seiten - dem Pflegedienst und dem Patienten - ausgeübt wird. Das liegt oft daran, dass die Kulturen nicht miteinander auskommen; das meine ich nicht böse oder negativ. Sie erwähnten das Beispiel Mexiko. Wenn sich ein Mexikaner in Deutschland nicht wohlfühlt, weil es in Deutschland kalt ist, was er nicht gewohnt ist, dann wird er sich hier nie heimisch fühlen. Insofern sollte dann, wenn man Leute anwirbt, auch darauf geachtet werden, wo sie herkommen. Ich habe eine Frage an Sie: Wie verfahren Sie in

Ihrem Unternehmen mit 400 Beschäftigten, von denen nicht alle schon seit Ewigkeiten in Deutschland sein werden, mit den Sprachproblemen, wenn jemand aus dem Land X kommt und nicht ein Wort Deutsch spricht?

Selda Dursun: Deutschkenntnisse müssen vorhanden sein. Das fängt schon beim Bewerbungsgespräch an. Wir bitten denjenigen, der im Bewerbungsgespräch Türkisch spricht, Deutsch zu sprechen, damit wir uns einen Eindruck von den Deutschkenntnissen verschaffen können.

Abg. Holger Kühnlenz (AfD): Bilden Sie die Bewerber selbst aus oder werden sie ausgebildet?

Selda Dursun: Nein. Die sind schon ausgebildet, sie haben ihre Fachkenntnisse und zeigen uns ihre Urkunden und Zeugnisse vor. So fängt das Bewerbungsgespräch an.

Abg. Holger Kühnlenz (AfD): Alles klar. Danke schön.

Séverine Jean: Vielen Dank für Ihren Beitrag. Ich halte in diesem Diskurs einen Vergleich zwischen verschiedenen Herkunftsländern für nicht sehr konstruktiv. Wir haben bei der letzten Anhörung und in den Anträgen, die wir seitens des NIR und des amfn gestellt haben, von entsprechenden wissenschaftlichen Studien gehört.

Meine erste Frage lautet: Gibt es Fortbildungsmaßnahmen? Für uns ist die Sensibilisierung von Fachkräften in Bezug auf die Beachtung der Besonderheiten verschiedener Kulturen und deren Muttersprachen wichtig. Haben Sie dafür irgendwelche Fortbildungsmaßnahmen?

Meine zweite Frage lautet: Haben Sie eine Art Beschwerdemanagement, also für Patienten und Patientinnen, oder auch für Fachkräfte?

Atilla Kaan Dursun: Das ist eine wunderbare Frage. Frau Jean hat recht. Wir haben tatsächlich eine Individualität im Bereich der Anpassung für die Patienten. Das haben wir entwickelt, das mussten wir sogar entwickeln. Sie müssen bedenken, dass dann, wenn ein fremder Mensch in Ihre Räumlichkeiten kommt und Sie eine Familie sind und pflegebedürftig sind, Gepflogenheiten unweigerlich im Vordergrund sind. Wir sind bundesweit einer der wenigen Pflegedienste, die konstruktiv anpassen. Das heißt, wir fragen tatsächlich nach, welche Sprachen zu Hause gesprochen werden und welche besonderen Gepflogenheiten zu beachten sind, damit sich die Familie und der Patient wohlfühlen.

Das führt zu einer weiteren Schwierigkeit. Für die Familien, die keine Gepflogenheiten haben, die in der Gesellschaft besonders oft präsent sind, wollen wir mit dem oder der passenden Pflegenden ein Wohlfühlklima schaffen. Wir erleben es täglich, dass wir mit Menschen zu tun haben, die gerne Menschen bei sich zu Hause haben möchten, die erstens dieselbe Sprache sprechen und initiativ verstehen und zweitens dieselben Gepflogenheiten haben, beispielsweise dieselben religiösen Ansichten haben und danach leben. Das ist oft ein Grund, aus dem Familien im ersten Statement Pflegende ablehnen. Im weiteren Verlauf lösen wir das Problem natürlich, indem wir auf Wünsche eingehen.

Wir haben natürlich ein Krisenmanagement; denn Beschwerden sind im Bereich der Pflege eine Realität. Sie wahrzunehmen, ist das eine, Probleme zu lösen aber ist das andere. Wir haben ein Team von ungefähr zehn Beschäftigten, die sich damit intensiv beschäftigen. Dabei handelt es sich auch um die Pflegedienstleiter, die nach Beschwerde der Familien oder des Pflegers das Problem so beheben, dass möglichst schnell entweder die Familie ihren Wunschkpfleger oder der

Pfleger seine Wunschfamilie bekommt. Was wir da machen, klingt wie Luxus. Aber es ist die Realität. Diese Probleme müssen so gelöst werden. Denn es bringt nichts, wenn Sie jemanden pflegen und helfen und sich derjenige dabei unwohl fühlt, obwohl - da fühle ich mich als Geschäftsführer des ASD ein wenig überfordert - der Pfleger alle Qualitäten und alle Nachweise hat und alles mitbringt, was die Familie braucht. Meistens sind es Defizite im kulturellen Bereich, die den Ausschlag dafür geben, dass Pflegende abgelehnt werden. Es gibt Familien, die Pflegende nicht bei sich zu Hause haben wollen, obwohl die Pflege im Vordergrund adäquat geleistet wird.

Beate Seusing: Vielen Dank für Ihre Ausführungen und auch für Ihre wertvolle Arbeit. Meine Mutter hat jahrelang zu Hause Pflegedienste in Anspruch genommen. Wenn es so organisiert ist wie bei Ihnen, kann ich mir vorstellen, dass das richtig gut sein kann.

Wir setzen heute die Anhörung fort. Beim letzten Mal wurde die rassistische Diskriminierung von Pflegekräften und Patient*Innen im Gesundheitswesen thematisiert. Sie haben eben schon eine kleine Brücke gebaut, indem Sie gesagt haben, dass es Familien gebe, die die Fachkraft als zu fremd ablehnten, obwohl sie recht gut qualifiziert sei. Das kann ich bis zu einem gewissen Punkt auch nachvollziehen. Das ist zwar vielleicht rassistisch, aber vielleicht auch eine nachvollziehbare Reaktion, wenn man sehr alt und sehr verletzlich ist. Mich interessiert, was Sie von Patient*Innen zurückbekommen - Sie werden wahrscheinlich auch viele migrantische Patient*Innen haben - und was in Ihrem Team, das sehr gemischt und divers sein wird, passiert und wie Sie damit umgehen.

Selda Dursun: Fakt ist, dass uns die deutschen Fachkräfte fehlen. Wir freuen uns über jede deutsche Fachkraft, die sich bewirbt. Natürlich ist gerade die Versorgung der Älteren - ob ambulant oder im Rahmen der häuslichen Krankenpflege an 24 Stunden, also rund um die Uhr - für den Angehörigen und den Patienten schwierig. Aber wenn wir zu ihnen kommen, dann erleben sie erstmals das ruhige Handeln einer Fachkraft. Wir haben es noch nie erlebt, dass Fachkräfte Patienten diskriminieren. Aber natürlich haben wir so etwas schon seitens der Patienten erlebt. Aber die Ruhe, die Erfahrung und Geduld der Fachkraft lassen alle Bedenken verschwinden. Das ist dann die erste Erfahrung, die der Patient mit der ausländischen Pflegekraft macht. Wenn man sieht, wie viel zurückkommt, dann erkennt man, dass das passt. Das ist die Schwierigkeit, die wir mithilfe von Fortbildungen, Gesprächen, Kommunikation und des Beschwerdemanagements meistern, indem wir uns die Zeit nehmen, darüber zu reden.

Aktuell haben wir gerade den dritten Tag eine Versorgung in Bad Gandersheim. Das ist schwierig. Sie kennen es, sie sprechen es nicht aus. Es ist definitiv das Problem, dass dort gerade ausländische Kräfte arbeiten. Der Patient, der Ehemann, aber ist so schwer krank, dass ein Unerfahrener ihn nicht betreuen kann. Die Ausbildung allein reicht in diesem Fall nicht aus. Die praktische Erfahrung, das Notfallmanagement, also das „Was-ist-wenn?“, hat schon einen besonderen Wert. Wir suchen das Personal aus, aber es passt auch mal nicht. Dann haben wir weinendes Personal - auch Männer -, die ausscheiden. Es war heute nicht der Patient selbst, sondern die Ehefrau, die in Tränen ausgebrochen ist, weil sie den Pflegern zwar eine Chance geben möchte, aber damit gerade nicht klarkommt, weil die Pfleger ausländischer Herkunft sind.

Das ist dann der Punkt, an dem wir damit beginnen, Gespräche aufzunehmen. Auch wir tauschen uns dann aus: mal ist es die Pflegedienstleistung, dann mal Herrn Dursun oder ich. Die Bequemlichkeit für den Mitarbeiter wird von uns gewährleistet, das heißt, der Fahrdienst fährt und eine Unterkunft wird besorgt. Wenn die Pflegekräfte erschöpft sind, können sie sich in ihre Unterkunft zurückziehen. Wir planen dann für einen längeren Zeitraum. Wenn neu hinzukommende

Kräfte erklären, dass sie diese Pflege nicht ausüben wollen und ihren Einsatz abbrechen, ist es unsere Schwierigkeit, so lange an einer Lösung zu arbeiten, bis sie gefunden ist.

Beate Seusing: Es wird immer gesagt, dass die ausländischen Kräfte in die Pflegedienste integriert werden müssen. In Wirklichkeit aber ist es doch so, dass sie so divers sind, dass niemand in irgendetwas integriert werden kann, sondern dass alle zusammenarbeiten können müssen.

Selda Dursun: Richtig.

Beate Seusing: Was tun Sie, wenn Sie merken, dass es zwischen den Pflegenden Spannungen rassistischer Natur gibt?

Selda Dursun: Wir tauschen aus. Wir arbeiten an dem Dienstplan so lange, bis ein Stammpersonal gefunden ist, das sich ebenso wohlfühlt wie die Angehörigen. Es ist ein Geben und Nehmen, bis sie einander die Hand reichen. Und das ist eben die Schwierigkeit.

Abg. Ulrich Watermann (SPD): Sie arbeiten offenkundig bundesweit und landesweit. In der ländlich geprägten Struktur, in der ich lebe, habe ich eine ganz andere Herausforderung. In meinem Landkreis gibt es einen Landstrich, wo weder eine Apotheke noch etwas anderes ist, wo Menschen, deren Kinder weggezogen sind, allein zu Hause leben, wo weit und breit kein Angebot ist und wo Menschen mir inzwischen sagen, dass sie irgendetwas brauchen und es ihnen inzwischen fast egal sei, was sie bekommen, weil sie anders nicht mehr klarkommen. Ich bin beispielsweise in ein Haus gekommen, in der eine Frau acht Tage gelebt hat, ohne auf Toilette gegangen zu sein. Sie können sich ungefähr vorstellen, was ich da vorgefunden habe.

Vor dem Hintergrund Ihres landesweiten Engagements interessiert mich Folgendes: Bei mir ist es so, dass sich alle Organisationen - die AWO, das Deutsche Rote Kreuz und andere - mit ambulanten Pflegeangeboten zurückgezogen haben. Ich habe überhaupt keine Idee mehr, wie ich diese Situation in meinem Landstrich einigermaßen in den Griff kriegen kann. Wenn ich aber höre, dass Sie so weitgehend agieren, möchte ich Sie fragen: Sind Sie denn in der Lage, noch mehr zu machen? Ich glaube, wir haben ein Gefälle zwischen dem städtischen Bereich und dem ländlichen Bereich. In Hameln selbst ist die Situation noch einigermaßen gut, es gibt aber auch große Schwierigkeiten. In der Fläche aber ist die Situation wirklich ziemlich schwierig.

Nun stelle ich Ihnen als Innenpolitiker eine Frage, um zu erfahren, ob auch Sie schon vor dieser Herausforderung gestanden haben: Wir haben neulich über ein Thema diskutiert, bei dem wir durchgespielt haben, was passiert, wenn der Strom längere Zeit ausfällt. Dabei ist das Problem aufgetaucht, dass eigentlich keine Stelle weiß, wo die Leute wohnen, die zu Hause beatmet werden, und sich somit im Falle eines Stromausfalls niemand um diese Leute kümmern kann. Die Beatmung von Menschen in Krisenlagen wie beispielsweise Stromausfällen ist eine Herausforderung, für die wir Vorsorge treffen müssen, um im Bedarfsfalle schnell helfen zu können. Haben Sie mit diesem Phänomen auch schon Erfahrungen gesammelt?

Selda Dursun: Das haben wir tatsächlich. Aber hierzu fehlt uns natürlich der Informationsaustausch, auf den ich anfangs hingewiesen habe. In Bezug auf beatmete Patienten sind wir topfit. Egal wo, wir sind da, und es ist völlig egal, ob das in einem Dorf ist, das keine Apotheke und keine Straßen hat. Das können wir aufbauen. Wir müssen nur wissen, wo der Bedarf besteht. In Bezug auf die ambulante, mobile Pflege, also in Bezug auf die Patienten, die drei- oder viermal am Tag aufgesucht werden müssen, wiederum müssen wir Informationen bekommen, um zu entscheiden, ob man ein Team für die Betreuung von vier oder fünf akut pflegebedürftigen Bewohnern

aufbaut. Die Informationen über diese Betreuungsbedarfe fehlen uns. Davon kriegen wir nichts mit.

Magdalena Kruse: Danke schön für die Darstellung als Arbeitgeber.

Erstens. Sie haben vorhin gesagt, Sie kämen nicht an die Leute heran. Wir diskutieren hier die Zugangswege von Migranten zu Gesundheitsleistungen. Mir stellt sich hierzu die Frage: Wie finden die Leute Sie? Sind die Leute über das Angebot, das es gibt, ausreichend informiert, sodass ihnen klar ist, in welcher Form sie Unterstützung erfahren könnten?

Zweitens. Ich möchte die Frage nach den Fortbildungen, die Frau Jean gestellt hat, aufgreifen. Führen Sie diese Fortbildungen selbst durch? Welche Inhalte haben diese Fortbildungen? Geht es um pflegerische Sachen? Geht es um kulturelle Sachen? Arbeiten Sie mit anderen Dienstleistern zusammen?

Selda Dursun: Wir suchen uns die Institute aus. Es gibt verschiedene Fortbildungsinstitute, deren Leistungen wir für die Mitarbeiter bezahlen. Das Geld holen wir uns nicht zurück. Es gibt auch Arbeitgeber, die anders verfahren. Es gibt Arbeitgeber, die sagen, dass Beschäftigte, die ihr Arbeitsverhältnis kündigen, den Aufwand, den sie für Fortbildungen betrieben haben, zurückzahlen müssen. Wir verfahren so nicht, weil die Aussicht, Geld für Fortbildungen zurückzahlen zu müssen, Bewerber abschreckt. Ich meine, dass das Fortbildungen sind, die der Arbeitgeber braucht, damit seine Mitarbeiter die gewünschten Leistungen erbringen können, und über die er auch Nachweis führen sollte. Wir haben einen Pflegecampus, und wir haben verschiedene Institute, bei denen man sich wohlfühlt und deren Fortbildungen wir als qualitativ gut und effizient einschätzen. Diese Fortbildungen bezahlen wir. Wir könnten diese Fortbildungen ebenso wie den Fahrdienst auch selbst durchführen. Das aber würde die Gefahr bergen, dass wir die Konzentration auf unser Kerngeschäft verlieren. Wir möchten uns auf die Erbringung unserer Leistungen konzentrieren und nur das machen, worin wir gut sind. Das heißt, wir nehmen für alles andere Dienstleister in Anspruch.

Zu den Migrationsfamilien. Wir betreuen zum Beispiel eine Mutter, die nur Französisch spricht, mit einem kleinen Baby, das schwer krank ist. Insofern sind wir froh, dass wir Mitarbeiter haben, die Französisch sprechen. Wir versorgen das Kind. Wie kommt diese Mutter mit ihrem kleinen Baby zu uns? Das ist ein sehr langer Weg, der meistens von Zufall geprägt ist. Ich finde, hier fehlt es total an der Arbeit mit Migranten. Wo sollen die Migranten denn hingehen? Ich glaube, dass ihnen diese Information fehlt und sie nicht wissen, wohin sie gehen sollen. Ich reagiere dann immer schnell, benachrichtige meinen Mann, stelle ein Team zusammen und schicke meistens unseren Pflegedienstleiter direkt in die Klinik, um herauszufinden, wo das Kind nach dem drei- oder viermonatigen Klinikaufenthalt hinkommen soll. In solchen Situationen helfen wir dann. Wenn dann schon zwei Monate vergangen sind und immer noch auf irgendeinen Bescheid vom Sozialamt gewartet wird - meistens läuft das zunächst über das Sozialamt -, dann fahren wir dahin, geben Informationen und helfen. Meistens wird dann auch das Jugendamt zugeschaltet, weil gesagt wird, dass die ausländische Familie, die kein Wort Deutsch sprechen kann, nichts versteht. Wir sagen dann: Halt! Stopp! Das hier sind die Eltern. Nur weil sie kein Deutsch sprechen können oder sich hier noch nicht gut auskennen, muss nicht das Jugendamt eingeschaltet werden; denn das Jugendamt bringt diese Familie auch nicht weiter. Wir sind als Pflegedienst genau die richtige Adresse und können die vermittelnde Brücke sein. Ich kann Ihnen so viele Beispiele nennen, in denen wir bis heute junge Menschen unterstützt haben. Wir helfen ihnen bei der Bewältigung der Bürokratie. Wir organisieren Familienhilfe, die dazukommt und mit

unterstützt. Dann arbeiten wir mit dem Jugendamt zusammen und berichten der Familie sachgerecht über das Ergebnis des Informationsaustausches. Das alles sind Sachen, die ein Pflegedienst vielleicht nicht machen müsste. Wir aber übernehmen diese Aufgabe; denn daran fehlt es wirklich.

Osman Timur: Vielen Dank auch von mir an Familie Dursun. Als ich diese Firma zum ersten Mal besucht habe, war ich überrascht über die Themen, die dort aufkamen. Deshalb habe ich vorgeschlagen, dass Sie hier vortragen sollten. Wir haben in der letzten Sitzung die Benachteiligungen im Patientenwesen angeschaut und erhalten jetzt Informationen über die Sicht der anderen Seite. Wir haben erfahren, dass auch Dienstleister einige Probleme haben.

Das Hauptproblem aber ist das, was Frau Dursun eben angedeutet hat: Die Verteilung der Patienten ist eine riesige Blackbox. Wir wissen nicht: Handelt es sich um jemand, der evtl. rassistische Themen hat? Oder ist das jemand, der Vorteile bietet, die der Grund dafür sind, dass Patienten zu ihm geschickt werden? Diese riesige Blackbox lässt sich nur sehr schlecht beurteilen. Man hat hier und da das Gefühl, dass die Zuteilung der Patienten an eine Firma an dem Namen des Firmeninhabers scheitert. Das kann aber nicht eindeutig belegt werden. Deshalb besteht aus meiner Sicht die Lösung des Problems darin, dass diese Blackbox aufgelöst werden muss und Regeln geschaffen werden müssen, um die Patienten ordnungsgemäß und mit Rücksicht auf ihre kulturelle Herkunft sauber zu verteilen.

Ich höre immer wieder, dass es einen Mangel an Pflege gibt. Als ich bei Herrn Dursun war, hat er mir gesagt, er habe so viele Kapazitäten, dass er viel mehr Leistungen anbieten könnte. Ich habe ihm darauf entgegnet, dass bei der Verteilung irgendetwas nicht stimmen könne. Ich meine, dass seitens der Politik den Ursachen auf den Grund gegangen und überlegt werden muss, wie das System so verändert werden kann, dass es besser als heute funktioniert.

Abg. **Ulrich Watermann** (SPD): Ich habe eine kleine Inklusionseinrichtung der Jugendhilfe und der Eingliederungshilfe mit aufgebaut und bin dafür kaufmännisch immer noch verantwortlich und deshalb noch täglich mit dem, was da passiert, konfrontiert. Sie fordern etwas und machen etwas, was an vielen Behördenstrukturen deshalb scheitert, weil diese sich hinter dem Datenschutz verstecken. Ich halte das für verhängnisvoll, weil dadurch der Austausch darüber, wie Menschen geholfen werden muss, stark behindert wird. Das geht bis hin zu Datenschutzregelungen, aufgrund derer man sich innerhalb einer Behörde zwischen verschiedenen Ebenen nicht austauschen darf. Das halte ich für verhängnisvoll, weil man bei psychischen Erkrankungen oder ähnlichen Strukturen Dinge vielleicht hätte vorher erkennen können, wenn man alles Wissen, das man hat, auf den Tisch gelegt hätte. Genau das ist das Problem: Wenn rechtlich gegelt ist, dass man es machen darf, dann muss man auch den Mut haben, es zu tun - so, wie Sie es tun und wie es meine Tochter, die in der erwähnten Inklusionseinrichtung gerade das operative Geschäft macht, auch tut. Wir müssen sagen: Das Wohl des Kindes und des Jugendlichen steht über allem anderen. Darüber wird nicht geschwiegen, sondern man tauscht sich aus. Das ist das Dilemma.

Hinzu kommt, dass auch die unterschiedlichen Kostenträger - die Zuständigkeiten für Eingliederungshilfe und Jugendhilfe, Pflegedienste, Kassen usw. - eine Rolle spielen. Weil ganz viel Wissen fehlt, entstehen bei uns auf einmal diese Lücken. Deshalb komme ich ganz bestimmt noch einmal auf Sie zu. Früher hatten wir auch in meinem Landkreis eine Struktur an Beratung, die vom Sozialverband bis hin zu Arbeitsloseninitiativen reichte, die von Leuten, die Sorgen hatten, aufgesucht wurde und wo ihnen gesagt wurde, wohin sie gehen sollten. Ich erlebe, dass diese

Beratungsstrukturen weg sind. Das hat schreckliche Folgen. Sie sind zum Beispiel weg, weil sie nur zeitlich befristet gefördert waren. Wenn Menschen in Not geraten, kommen sie oft in Abgeordnetenbüros und wollen wissen, wie ihnen geholfen werden kann. Die Anzahl dieser Fälle hat drastisch zugenommen. Hinzu kommt, dass die Entfernung zwischen denen, die solche Fälle bearbeiten, und ihrer Klientel sehr groß ist. Die Entfernung ist so groß, dass die Sachbearbeiter oft gar nichts über die Betroffenen wissen. Sachbearbeiter in der Jugendhilfe wechseln manchmal zweimal im Jahr den Arbeitsplatz. Dann beginnt die Bestandsaufnahme von Neuem. Das sind wirklich schwerwiegende Problemlagen, die etwas mit der angespannten Personallage und damit zu tun haben, dass sich durch Corona und alle Homeoffice-Regeln die Entfernungen riesig vergrößert haben. Früher konnte ich jemanden zur Krankenkasse schicken, wo er beraten wurde. Heute muss er schon eine E-Mail schreiben, dass er überhaupt einen Termin kriegt. Ein älterer Mensch weiß manchmal gar nicht, wie er das schaffen soll. Das ist das tägliche Geschäft, das ich in meinem Wahlkreis gerade erlebe. Ich möchte an einer Verbesserung dieser Situation arbeiten, weil ich meine, dass wir damit einen Großteil dieses Ärgernisses in den Griff kriegen könnten.

Wir leben nun einmal in einer älter werdenden Gesellschaft. Sogar in der Straße, in der ich in Hameln wohne, sind viele gutbetuchte Leute, die allein in ihrem Haus leben und deren Kinder sonst wo wohnen und die auf einmal nicht mehr wissen, was sie machen müssen, und keine Unterstützung haben, wenn sie dement werden oder auf einmal, ganz plötzlich, eine gesundheitliche Beeinträchtigung haben. In solchen Fällen ist es immer gut, dass die Partnerschaft in der Straße funktioniert und es Leute gibt, die darüber Bescheid wissen. Ganz oft aber weiß darüber auch niemand Bescheid. Ich meine, dass vor diesem Hintergrund alle Anbieter viel enger zusammenarbeiten müssen.

Ich spreche hierüber gerade mit unseren Sozial- und Gesundheitspolitikern, weil mir in letzter Zeit vermehrt aufgefallen ist, dass in dieser Hinsicht die Not groß ist. Ich bin sehr froh, dass ich Sie hier heute kennengelernt habe, weil ich jetzt wieder Ideen habe, wie das Problem in der Praxis gelöst werden könnte. Ich finde es immer am besten, wenn ich eine praktische Lösung habe und nicht nur eine Problembeschreibung.

Ich glaube, dass das ein Punkt sein wird, über den wir bei der Antragsberatung sprechen müssen, um herauszufinden, wo wir Hilfe bieten können. Als Landesgesetzgeber und Handelnder müssen wir darüber auch mit der kommunalen Seite, die in dem Bereich eine große Rolle spielt, noch einmal reden.

Nach diesem Statement liegen mir keine weiteren Wortmeldungen vor. Ich bedanke mich. Das Gespräch mit Ihnen war wirklich sehr interessant. Ich bin absolut sicher, dass ich auf Sie zukommen werde.

*

Dr. med. Nicole Sambruno Spannhoff

Landespatientenschutzbeauftragte

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

Dr. med. Nicole Sambruno Spannhoff: Es freut mich, dass ich in meiner Rolle als Landespatientenschutzbeauftragte im Rahmen dieser Veranstaltung meine Stellungnahme zu dem Antrag des Niedersächsischen Integrationsrates mit der Überschrift „Diskriminierungsarmen Zugänge zur Gesundheitsversorgung in Niedersachsen schaffen“ abgeben darf.

Die Stellungnahme ist Ihnen vorab zugegangen. Ich werde sie dennoch vortragen - ich weiß nicht, ob sie bei allen angekommen ist - und werde mich strukturiert an den einzelnen Punkten abarbeiten.

Erstens möchte ich hinsichtlich der Einrichtung unabhängiger Meldestellen für Diskriminierung im Gesundheitswesen und zur Erweiterung des Mandats der oder des Landespatientenschutzbeauftragten Stellung nehmen.

Allgemeine Bewertung

Der vorliegende Antrag greift ein Thema auf, das auch aus Sicht des Landespatientenschutzes von hoher gesundheitspolitischer und gesellschaftlicher Relevanz ist. Ein diskriminierungsarmer Zugang zur Gesundheitsversorgung ist eine wesentliche Voraussetzung für eine patientenorientierte Versorgung und für das Vertrauen der Bevölkerung in das Gesundheitswesen. Menschen mit Migrationsgeschichte können aufgrund sprachlicher, kultureller oder struktureller Barrieren besonderen Herausforderungen beim Zugang zu medizinischen Leistungen begegnen. Missverständnisse in der Kommunikation, fehlende Informationen über das Gesundheitssystem oder Unsicherheiten im Umgang mit Institutionen können dazu führen, dass notwendige medizinische Leistungen verzögert oder gar nicht erst in Anspruch genommen werden.

Die Zielsetzung, diesen Barrieren entgegenzuwirken und bestehende Benachteiligungen abzubauen, wird aus Sicht des Landespatientenschutzes und aus meiner Sicht ausdrücklich unterstützt.

Aus Sicht des Patientenschutzes stellt sich jedoch nicht allein die Frage, ob Handlungsbedarf besteht - dieser ist unbestritten und wird durch eine ausgezeichnete Studienlage belegt.

Entscheidend ist vielmehr, welche Maßnahmen geeignet sind, die Situation der betroffenen Patientinnen und Patienten nachhaltig zu verbessern und welche Strukturen hierfür tatsächlich einen Mehrwert schaffen. Aus Sicht des Patientenschutzes sollte sich die Bewertung der vorgeschlagenen Maßnahmen daher nicht allein an der Schaffung neuer Strukturen orientieren, sondern an einem nachweisbaren Nutzen für die betroffenen Patientinnen und Patienten. Maßgeblich ist, ob diese Schritte tatsächlich bestehende Versorgungslücken schließen, den Zugang zu Unterstützungsangeboten verbessern und einen konkreten Beitrag zu einer diskriminierungsärmeren Gesundheitsversorgung leisten.

Meldestrukturen als Baustein eines Gesamtsystems

Die Einrichtung unabhängiger Meldestellen kann einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung von Patientinnen und Patienten leisten. Gleichzeitig sollte die Einrichtung neuer Meldestrukturen

kritisch daraufhin geprüft werden, welchen konkreten Mehrwert sie gegenüber bereits bestehenden Beratungs- und Beschwerdeangeboten schafft.

Aus Sicht des Patientenschutzes sollte daher der Aufbau neuer Strukturen eng mit den bereits vorhandenen Beratungs-, Beschwerde- und Unterstützungsangeboten koordiniert werden. Welche Strukturen auf kommunaler und regionaler Ebene bereits bestehen und in welchem Umfang sie die betroffenen Zielgruppen erreichen, stellt sich derzeit regional unterschiedlich dar und bedarf einer systematischen Bestandsaufnahme.

Vor der Schaffung neuer Meldestrukturen erscheint es daher sinnvoll, zunächst Transparenz über vorhandene Angebote, Zuständigkeiten und bestehende Versorgungslücken herzustellen. Dies kann dazu beitragen, vorhandene Kompetenzen besser miteinander zu vernetzen, Doppelstrukturen zu vermeiden und neue Angebote dort zu entwickeln, wo tatsächlich ein zusätzlicher Bedarf besteht. Neue Meldestrukturen sollten lediglich dort geschaffen werden, wo sie vorhandene Angebote sinnvoll ergänzen, tatsächliche Versorgungslücken schließen und einen erkennbaren zusätzlichen Nutzen für Betroffene bieten.

Aus Sicht des Patientenschutzes liegt die zentrale Herausforderung jedoch nicht allein in der Schaffung weiterer Anlaufstellen. Viele Betroffene kennen bestehende Unterstützungsangebote nicht, können deren Zuständigkeit nicht einschätzen oder nehmen sie aufgrund sprachlicher, sozialer oder persönlicher Barrieren erst gar nicht in Anspruch. Der entscheidende Mehrwert neuer Meldestrukturen sollte deshalb darin bestehen, Menschen aktiv zu erreichen und bestehende Unterstützungsangebote sichtbar zu machen. Dies setzt eine enge Zusammenarbeit mit den bereits vorhandenen Akteuren vor Ort voraus. Hierzu zählen insbesondere Migrationsberatungen, Selbsthilfeorganisationen, kommunale Gesundheitsnetzwerke, Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen, Patientenfürsprechende sowie weitere Einrichtungen, die bereits heute über einen vertrauensvollen Zugang zu den betroffenen Menschen verfügen.

Der Erfolg neuer Meldestrukturen wird sich daher aus Sicht des Landespatientenschutzes weniger an ihrer organisatorischen Einrichtung bemessen als daran, ob es gelingt, tatsächliche Versorgungslücken gezielt zu schließen und insbesondere diejenigen Menschen zu erreichen, die Unterstützungsangebote bislang nicht oder nur erschwert in Anspruch nehmen können. Für Patientinnen und Patienten ist letztlich nicht entscheidend, welche Institution zuständig ist. Entscheidend ist vielmehr, dass sie schnell, verständlich und zuverlässig Unterstützung erhalten.

Einrichtung einer „Rund um die Uhr“-Hotline

Die ergänzend vorgesehene Einrichtung einer rund um die Uhr erreichbaren, mehrsprachigen Hotline zur Erstberatung und fallbezogenen Weiterleitung verfolgt das Ziel, einen niedrigschwelligen Zugang zu den vorgesehenen Meldestrukturen sicherzustellen. Dieses Ziel ist aus Sicht des Patientenschutzes grundsätzlich nachvollziehbar.

Gleichzeitig ist aus meiner Sicht jedoch darauf hinzuweisen, dass Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen in der Regel keine akuten Notfall- oder Krisensituationen darstellen, die eine durchgehende 24-Stunden-Bereitschaft im Sinne einer Notfallstruktur erfordern. Vielmehr handelt es sich überwiegend um Sachverhalte, die im Rahmen einer zeitnahen, aber nicht zwingend sofortigen Beratung und Bearbeitung aufgearbeitet werden können.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine Ausgestaltung der Erreichbarkeit im Sinne einer dauerhaft besetzten Hotline als verhältnismäßig anspruchsvoll im Hinblick auf den organisatorischen

und personellen Aufwand. Es sollte daher geprüft werden, in welcher Form eine verlässliche und niedrigschwellige Erreichbarkeit gewährleistet werden kann, ohne eine an klassische Notfallstrukturen angelehnte Dauerpräsenz vorzusehen.

Denkbar sind hierbei insbesondere Modelle mit erweiterten Erreichbarkeitszeiten, Rückrufsystemen oder einer strukturierten Weiterleitung an bestehende Beratungs- und Unterstützungsangebote. Entscheidend ist, dass die gewählte Ausgestaltung sowohl der Zielsetzung einer niedrigschwelligen Zugänglichkeit als auch dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit in der organisatorischen Umsetzung Rechnung trägt.

Zur vorgesehenen Erweiterung des Mandats der Landespatientenschutzbeauftragten

Die übergeordnete Auswertung der Meldungen durch den Landespatientenschutz kann grundsätzlich dazu beitragen, Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen systematischer sichtbar zu machen und Erkenntnisse für eine Entwicklung des Patientenschutzes zu gewinnen. Entscheidend ist jedoch, welchen zusätzlichen Erkenntniswert eine solche Auswertung gegenüber bereits vorhandenen Erkenntnissen und bestehenden Strukturen tatsächlich erbringen kann. Viele der zentralen Herausforderungen einer diskriminierungssensiblen Gesundheitsversorgung sind bereits bekannt. Hierzu zählen insbesondere sprachliche Barrieren, Schwierigkeiten in der Kommunikation, fehlende Informationen über Versorgungsangebote und Patientenrechte sowie der Bedarf an Sensibilisierung und Qualifizierung von Beschäftigten im Gesundheitswesen. Eine bloße Sammlung und Zusammenfassung von Einzelfällen würde daher für sich genommen keinen ausreichenden Mehrwert darstellen.

Der besondere Nutzen einer landesweiten Auswertung könnte vielmehr darin liegen, aus den Meldungen strukturelle Zusammenhänge abzuleiten, die bislang nicht ausreichend sichtbar sind. Von Bedeutung wäre insbesondere die Frage, ob bestimmte Diskriminierungserfahrungen in bestimmten Versorgungsbereichen, Regionen oder Versorgungssituationen gehäuft auftreten, ob sich wiederkehrende Muster erkennen lassen und ob bestehende Unterstützungs- und Beschwerdestrukturen bestimmte Gruppen bislang nicht erreichen. Eine solche Analyse könnte dazu beitragen, zwischen individuellen Einzelfällen, wiederkehrenden Problemen und strukturellen Herausforderungen zu unterscheiden. Darüber hinaus könnte eine landesweite Auswertung einen Mehrwert bieten, indem sie nicht nur Problemlagen beschreibt, sondern eine Grundlage für eine gezielte Priorisierung von Maßnahmen schafft. Es wäre beispielsweise zu prüfen, in welchen Bereichen tatsächlich landesweiter Handlungsbedarf besteht, wo regionale Lösungsansätze erforderlich sind und welche bereits bestehenden Maßnahmen oder guten Praxisbeispiele weiterentwickelt oder übertragen werden können.

Ziel sollte daher nicht sein, bekannte Herausforderungen lediglich erneut zu benennen, sondern zusätzliche Erkenntnisse zu gewinnen, die eine konkrete Verbesserung der Versorgung in Niedersachsen ermöglichen.

Voraussetzung hierfür ist allerdings eine aussagekräftige und einheitliche Erfassung der Meldungen. Nur wenn die Meldungen systematisch nach relevanten Kriterien ausgewertet werden können, kann daraus ein belastbares Lagebild entstehen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Meldungen allein keine Aussage über das tatsächliche Ausmaß von Diskriminierung zulässt, sondern immer im Zusammenhang mit der Bekanntheit, Zugänglichkeit und Nutzung der Meldestrukturen betrachtet werden muss.

Sollte eine solche landesweite Analyse politisch gewünscht und als zusätzliches Aufgabenfeld des Landespatientenschutzes etabliert werden, ist zugleich festzustellen, dass diese Aufgabe nicht mit den derzeit vorhandenen personellen Ressourcen umgesetzt werden kann. Die strukturierte Auswertung von Meldungen, die Identifikation von Mustern, die Entwicklung von Handlungsempfehlungen sowie die Begleitung daraus entstehender Prozesse erfordern einen entsprechenden personellen Aufwand. Eine Erweiterung des Aufgabenportfolios muss daher mit einer entsprechenden Ausstattung für eine fachlich fundierte Analyse verbunden werden.

Weiterführende Perspektive

Der Antrag richtet seinen Schwerpunkt auf Menschen mit Migrationsgeschichte. Dieser Fokus ist angesichts der besonderen Herausforderungen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung nachvollziehbar und fachlich absolut begründet.

Gleichzeitig zeigen die Erfahrungen aus dem Patientenschutz, dass Diskriminierung im Gesundheitswesen unterschiedliche Ursachen haben kann und verschiedene Personengruppen betrifft. Die im Rahmen des Antrags entwickelten Strukturen sollten daher so ausgestaltet werden, dass sie langfristig allen Patientinnen und Patienten zugutekommen können, die aufgrund persönlicher Merkmale Benachteiligungen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung erfahren.

Damit könnte der Antrag einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung einer insgesamt diskriminierungssensiblen und patientenorientierten Gesundheitsversorgung in Niedersachsen leisten.

Fazit

Aus Sicht des Landespatientenschutzes setzt der Antrag wichtige Impulse für eine diskriminierungssensible Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Sein Erfolg wird jedoch nicht allein davon abhängen, dass neue Meldestrukturen geschaffen werden. Entscheidend wird vielmehr sein, ob es gelingt, bestehende Beratungs- und Unterstützungsangebote sinnvoll einzubinden, Betroffene tatsächlich zu erreichen und die gewonnenen Erkenntnisse konsequent für Verbesserungen der Versorgung zu nutzen.

Der Aufbau neuer Strukturen sollte deshalb stets mit einer aktiven Informations- und Vernetzungsstrategie, einer klaren Aufgabenverteilung sowie einer verbindlichen Evaluation verbunden werden. Maßstab sollte dabei immer der konkrete Nutzen für die Patientinnen und Patienten sein.

Eine diskriminierungsarme Gesundheitsversorgung entsteht nicht allein durch zusätzliche Zuständigkeiten. Sie entsteht dort, wo Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrer Herkunft oder ihren persönlichen Lebensumständen respektvoll behandelt werden, ihre Anliegen Gehör finden und bestehende Barrieren systematisch abgebaut werden. Die vorgeschlagenen Maßnahmen können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten, wenn sie konsequent an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtet und als Bestandteil einer patientenorientierten Qualitätsentwicklung verstanden werden.

zu 3): Erarbeitung einer landesweiten Strategie für verlässliche Sprachmittlung

Die vorgesehene Entwicklung einer landesweiten Strategie für eine verlässliche und datenschutzkonforme Sprachmittlung im Gesundheitswesen wird aus Sicht des Patientenschutzes

grundsätzlich als zentraler Baustein für eine diskriminierungs- und barrierearme Gesundheitsversorgung bewertet. Eine sichere und verständliche Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten sowie den Behandelnden ist eine grundlegende Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung, für informierte Entscheidungsprozesse sowie für die Patientensicherheit.

Der Ansatz, hierfür strukturierte und qualifizierte Sprachmittlungsangebote, etwa in Form landesweiter Pools oder vergleichbarer organisatorischer Strukturen, zu entwickeln, ist fachlich nachvollziehbar. Zugleich handelt es sich hierbei um ein komplexes und ressourcenintensives Vorhaben, das sowohl organisatorische als auch finanzielle und personelle Rahmenbedingungen erfordert. Vor diesem Hintergrund sollte die Ausgestaltung auf einer realistischen Umsetzbarkeit beruhen und bestehende Strukturen sowie bereits vorhandene Lösungsansätze systematisch einbeziehen.

Im Gesundheitswesen existieren bereits unterschiedliche Formen der Sprachmittlung und mehrsprachigen Kommunikation, sowohl auf Ebene einzelner Einrichtungen als auch in einzelnen Versorgungsstrukturen. Hierzu zählen insbesondere interne Lösungen durch mehrsprachiges Personal sowie bereits etablierte, organisierte Dolmetscherstrukturen. Diese zeigen, dass Sprachmittlung in der Versorgungspraxis bereits heute adressiert wird, jedoch bislang heterogen und nicht flächendeckend systematisch organisiert ist. Eine landesweite Strategie sollte daher nicht als vollständiger Neubeginn verstanden werden, sondern als Rahmen zur strukturierten Erfassung, Bewertung und Integration bestehender Ansätze in ein kohärentes Gesamtkonzept.

Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass Sprachmittlung im Gesundheitswesen nicht ausschließlich als Unterstützung für Patientinnen und Patienten zu verstehen ist, sondern als strukturelle Voraussetzung für eine funktionierende Kommunikation im Versorgungsgeschehen insgesamt. Auch im ärztlichen und pflegerischen Alltag bestehen Kommunikations- und Sprachbarrieren, die in komplexen Versorgungssituationen eine professionelle Sprachmittlung erforderlich machen. Vor diesem Hintergrund sollte eine entsprechende Struktur grundsätzlich allen Beteiligten im Versorgungssystem zur Verfügung stehen, um eine sichere, verständliche und qualitativ hochwertige Kommunikation zu gewährleisten.

Insgesamt ist eine landesweite Struktur zur Sprachmittlung ein fachlich sinnvoller und systemisch relevanter Baustein einer diskriminierungs- und barrierearmen Gesundheitsversorgung. Ihre erfolgreiche Umsetzung hängt maßgeblich davon ab, dass bestehende Strukturen berücksichtigt, sinnvoll integriert und weiterentwickelt werden sowie eine klare organisatorische Verankerung und eine angemessene Ressourcenbereitstellung erfolgen.

zu 4): Verbindliche Fort- und Weiterbildungen zu Rassismus und Diskriminierung

Die vorgesehene Einführung verbindlicher Fort- und Weiterbildungsangebote zu Diskriminierung und Rassismussensibilität im Gesundheitswesen sowie die damit verbundenen Zielvorgaben zur flächendeckenden Teilnahme des medizinischen und pflegerischen Personals werden aus Sicht des Patientenschutzes grundsätzlich als Beitrag zur Qualitätsentwicklung und zur Stärkung einer sensiblen Versorgungskultur bewertet.

Gleichzeitig ist bei der Ausgestaltung der Zielsetzungen und Umsetzungsfristen zu berücksichtigen, dass die Umsetzung entsprechender Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in den bestehenden Versorgungsstrukturen an organisatorische, personelle und zeitliche

Rahmenbedingungen gebunden ist. Die Erreichbarkeit der formulierten Quoten setzt daher eine realistische und schrittweise Implementierung sowie eine enge Verzahnung mit bestehenden Fort- und Weiterbildungsstrukturen voraus.

In diesem Zusammenhang sollte geprüft werden, inwieweit bereits vorhandene Angebote der zuständigen Akteure im Gesundheitswesen, insbesondere der berufsständischen Organisationen sowie bestehender Fortbildungsinstitutionen, in ein landesweites Gesamtkonzept integriert und weiterentwickelt werden können. Ziel sollte dabei nicht die Schaffung zusätzlicher paralleler Strukturen sein, sondern die systematische Nutzung und Weiterentwicklung bestehender Qualifizierungsangebote.

Entscheidend ist, dass entsprechende Maßnahmen so ausgestaltet werden, dass sie in den Versorgungsalltag integrierbar sind und nicht zu einer zusätzlichen organisatorischen Belastung führen, die zulasten der Versorgungskapazitäten geht. Eine nachhaltige Umsetzung wird daher maßgeblich davon abhängen, dass Zielvorgaben, Ressourcen und praktische Umsetzbarkeit in einem angemessenen Verhältnis stehen.

Insgesamt können Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich Diskriminierungs- und Rassismussensibilität einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung einer patientenorientierten Versorgung leisten, sofern sie strukturell eingebettet, praxisnah gestaltet und mit bestehenden Weiterbildungssystemen verzahnt werden.

zu 5): Einführung eines jährlichen Berichts „Diskriminierung im Gesundheitswesen Niedersachsen“

Die vorgesehene Einführung eines jährlichen Berichts über Diskriminierung im Gesundheitswesen, die dokumentierte Fälle, Analysen und Handlungsempfehlungen zusammenführt und dem Landtag sowie der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird, wird aus Sicht des Patientenschutzes grundsätzlich begrüßt. Ein solches Berichtswesen kann einen wichtigen Beitrag zur Transparenz leisten, strukturelle Problemlagen sichtbar machen und eine kontinuierliche Weiterentwicklung einer diskriminierungssensiblen Gesundheitsversorgung unterstützen.

Entscheidend für die Wirksamkeit eines solchen Berichts ist jedoch die Qualität und Kohärenz der zugrunde liegenden Datenbasis. Hierzu bedarf es einheitlicher Definitionen dessen, was als Diskriminierungsfall erfasst wird, sowie klar geregelter und niedrigschwelliger Melde- und Dokumentationswege. Nur wenn die Datenerhebung systematisch, vergleichbar und belastbar erfolgt, kann der Bericht seine Steuerungs- und Erkenntnisfunktion tatsächlich erfüllen.

Ebenso wesentlich ist eine klare institutionelle Verankerung der Auswertung und Zusammenführung der erhobenen Informationen. Der Bericht sollte nicht lediglich eine aggregierte Sammlung von Einzelfällen darstellen, sondern auf einer fachlich unabhängigen Analyse beruhen, die Muster, Häufungen und strukturelle Risikobereiche identifiziert und in nachvollziehbare Handlungsempfehlungen überführt.

Dabei ist sicherzustellen, dass bestehende Beratungs- und Beschwerdestrukturen in die Datenerhebung und Auswertung sinnvoll eingebunden werden, ohne dass zusätzliche parallele Erfassungssysteme entstehen, die zu Doppelstrukturen oder Inkonsistenzen führen. Ziel muss eine integrierte und anschlussfähige Struktur sein, die vorhandene Erkenntnisquellen zusammenführt und nicht fragmentiert.

Aus Sicht des Patientenschutzes ist zudem bedeutsam, dass ein solches Berichtswesen nicht isoliert neben bestehenden Strukturen steht, sondern systematisch mit denjenigen Stellen verzahnt wird, die bereits heute Patientenerfahrungen aufnehmen und auswerten. Hierzu zählt insbesondere die kontinuierliche Rückkopplung der Erkenntnisse in die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen.

Insgesamt kann der jährliche Bericht ein wesentliches Instrument zur Stärkung einer diskriminierungssensiblen Gesundheitsversorgung darstellen, sofern er auf einer klar definierten Datenbasis beruht, institutionell eindeutig verankert ist und die gewonnenen Erkenntnisse konsequent in strukturelle Verbesserungen überführt werden.

Abg. **Holger Kühnlenz** (AfD): Ich danke Ihnen für Ihre Ausführungen. Sie haben mich mit Ihren Informationen - ich sage es mal auf gut Deutsch - erschlagen. Das war so viel. Ich muss den Inhalt Ihrer Stellungnahme später im Protokoll in Ruhe nachlesen.

In der Nr. 1 wird der Aufbau einer Meldestruktur gefordert. Meinen auch Sie, dass man besser in der passenden Sprache auf den Patienten zugehen und ihm mitteilen sollte, welche Möglichkeiten er hat?

Sie sagen, die Hotline, die rund um die Uhr besetzt ist, sei nicht nötig. Meinen auch Sie, dass es im Prinzip ausreichen würde, wenn die Hotline nur an 12 Stunden statt an 24 Stunden erreichbar wäre?

Dr. med. Nicole Sambruno Spannhoff: Hinsichtlich der Meldestrukturen: Wie bereits ausgeführt, sehe ich es als wirklich wertvoll und sinnvoll an, dass man sich erst einmal anschaut, was es sowohl auf kommunaler als auch auf Landesebene gibt, um nicht Parallelstrukturen zu schaffen. Man kann dafür nicht nach dem System Gießkanne verfahren; denn jede Kommune ist anders aufgestellt. Wir arbeiten auch mit den Gesundheitsregionen zusammen. Es gibt in vielen Kommunen schon sehr gute Ansätze. Manche Ansätze sind tatsächlich schon dauerhaft etabliert, andere Ansätze sind eben nur Projekte.

Man muss auch darauf achten, inwieweit einzelne Dinge gut evaluiert sind. Auf jeden Fall bedarf es einer Bestandsaufnahme. Ich glaube nicht, dass man jetzt einfach losrennen und mit dem System Gießkanne irgendetwas Neues beginnen sollte, ohne dass man weiß, was es schon gibt.

Wenn man dann zu der Erkenntnis kommt, dass es Verbesserungsbedarf gibt, dann kann man immer noch überlegen, wie man mit dem, was an Bestand da ist, arbeitet, um das Bestehende weiterzuentwickeln.

Hinsichtlich der Frage nach der Hotline habe ich mich in meinem Statement zu Diskriminierungsfragen - zumindest zu denen, die bei uns, beim Landespatientenschutz, ankommen - ganz klar geäußert. Eine 24-Stunden-Hotline ist für mich als Ärztin eine an 24 Stunden besetzte Stelle, die dauerhaft betrieben werden muss. Das ist ein sehr hoher organisatorischer und personeller Aufwand, der im Hinblick auf seinen Nutzen geprüft werden muss. Es ist zwar unglaublich wichtig, dass man sich Diskriminierungsfragen stellt und ihnen begegnet; dass das aber in einem 24-Stunden-Turnus - also dauerhaft erreichbar - sein muss, stelle ich infrage. Ich glaube, dass es oft auch bis zum nächsten Tag Zeit hat, um diese Sachverhalte zu klären. Für medizinische Notfallsituationen gibt es ein System, das eine 24-Stunden-Notfallversorgung abbildet und in dem wir groß geworden sind.

Séverine Jean: Vielen lieben Dank für Ihren Vortrag. Bei bestimmten Punkten sind wir der gleichen Ansicht, bei anderen allerdings weniger. Weil wir einen der beiden Anträge gestellt haben, möchte ich zu den genannten Punkten eine Rückmeldung geben.

Erstens. Für uns ist entscheidend, dass rassistische Diskriminierung im Gesundheitswesen nicht nur als eine Sammlung von Einzelfällen betrachtet werden kann. Hierzu haben wir schon bei der letzten Anhörung eine breite wissenschaftliche Auseinandersetzung gehabt. Es gibt Fakten, die in dem Antrag dargelegt sind.

Zweitens. Sie haben auch das Thema Intersektionalität angesprochen. Es ist für uns natürlich auch wichtig, dass Menschen intersektional beraten werden. Nur das soll nicht dazu führen, dass spezifische Formen von Diskriminierung und insbesondere Rassismus weniger gezielt beachtet werden. Deshalb meinen wir, dass rassismuskritische Kompetenzen in Beratungs- und Beschwerdestrukturen im Gesundheitswesen gebraucht werden.

Drittens. Vertrauen der Betroffenen in die bestehenden Strukturen ist ein zentraler Punkt unseres Antrags. Uns ist klar, dass Angebote vorhanden sind. Wir wollen keine Doppelstrukturen schaffen. Darin sind wir uns einig. Das aber bedeutet nicht automatisch, dass die Strukturen von Menschen, die Diskriminierung erfahren, tatsächlich genutzt werden. Da sehen wir auf jeden Fall noch Lücken. Dazu haben Sie auch etwas ausgeführt. Insofern geht es uns auch sehr um Lücken in dem bestehenden System. Es ist uns wichtig, die vorgeschlagenen Maßnahmen nicht als Konkurrenz, sondern als Ergänzung zu sehen, um - vielleicht nach einer Bestandsaufnahme - bestehende Lücken zu schließen.

Gestatten Sie mir nun noch eine Frage. Sie erwähnten die Hotline. Uns interessiert, auf welche wissenschaftlichen Fakten Sie sich beziehen, also auf welcher Grundlage Sie die Ansicht vertreten, dass eine 24-Stunden-Hotline für Diskriminierungsfragen nicht nötig ist.

Dr. med. Nicole Sambruno Spannhoff: Ich habe Ihre Frage so verstanden, dass sie ausschließlich die 24-Stunden-Hotline betrifft.

Séverine Jean: Genau. Der Rest war ein Feedback zu Ihrer Stellungnahme zu den Anträgen, das ich gegeben habe, weil wir einen dieser Anträge gestellt haben.

Dr. med. Nicole Sambruno Spannhoff: Unsere Aussage beruht auf keiner wissenschaftlichen Studie, sondern auf Erfahrungswerten, die wir aufgrund unserer Beratung im Bereich des Landespatientenschutz haben. Wir haben ja auch keine 24-Stunden-Hotline, sondern sind in den normalen Dienstzeiten, meistens von 8 bis 18 Uhr, mit unserem Team relativ gut erreichbar. Wir sehen eben, dass diese Beratungsstrukturen ausreichend sind und wir die Bedarfe durch die beschriebenen Rückrufsysteme sicherstellen. Es wird bei uns jeder Mensch zurückgerufen. Wir sind der Ansicht, dass wir dadurch eine relativ lückenlose Beratungsstruktur sicherstellen können, ohne dass wir personell an 24 Stunden dauerhaft zur Verfügung stehen müssen. Dazu gibt es keine Studienlage; zumindest weiß ich nichts von einer Studienlage.

Ali Türk: Ich habe eine Verständnisfrage. Mir ist bei Ihrem Vorschlag nicht ganz deutlich geworden, wie der Behandlungsauftrag einer Klinik, eines Arztes oder Ähnlichem in diesem Kontext gelöst werden soll. In der Praxis kommt es ja immer wieder vor, dass Patienten zum Beispiel aufgrund von Sprachmängeln und Ähnlichem unbehandelt nach Hause geschickt werden und sich dadurch Notfälle oder schwierige Fälle entwickeln können. Aber das ist eine Frage von just-in-time und keine Frage, der man sich erst etwa drei Tage später annehmen kann. Mir ist nicht

deutlich geworden, wie bei bestehendem Behandlungsanspruch ohne eine solche Hotline nach der Meldung eine beschleunigte Behandlung geregelt werden kann. Gibt es dazu auch schon Überlegungen oder Erfahrungswerte?

Dr. med. Nicole Sambruno Spannhoff: Möchten Sie wissen, wie man vermeiden kann, dass ein Patient/eine Patientin mit Sprachbarrieren ins Krankenhaus kommt, auf einen Arzt trifft, der ebenfalls eine Sprachbarriere hat, und es dadurch zu Nichtbehandlungen oder Fehlbehandlungen kommt?

Ali Türk: Ja, das ist ein Beispiel: dass Patienten, möglicherweise auch in einem Akutfall, nach Hause geschickt werden. Ich könnte solche Fälle tatsächlich auch namentlich benennen.

Dr. med. Nicole Sambruno Spannhoff: Diese Fälle gibt es bei uns auch. Ja, das kenne ich natürlich.

Ali Türk: Das Problem ist allerdings durch eine Meldung oder Nachbearbeitung nicht gelöst, sondern: Da wird ein Patient, der akut eine Behandlung benötigt, unversorgt nach Hause geschickt, mit eventuell lebensbedrohlichen Folgen und Gefährdung der körperlichen Unversehrtheit. Der weitere Umgang mit der Person an dieser Schnittstelle ist mir noch nicht klar. Wie kann denn sichergestellt werden, dass ungeachtet der Uhrzeit, an dem der Fall gemeldet wird, geklärt werden kann, dass die Behandlung vorzunehmen ist, weil der Bedarf es erfordert? Wir reden nicht über Luxusprobleme wie den Umstand, dass die Praxis geschlossen ist und deswegen eine Klinik aufgesucht werden muss, sondern ich rede von echten Notfällen, in denen es berechtigt ist, dass Hilfeeinrichtungen aufgesucht werden, die Patienten aber unbehandelt nach Hause geschickt werden. Wie können diese Fälle erfasst werden, und welche Maßnahmen können vorgeschlagen werden, um das weitere Prozedere zugunsten der Patienten zu begünstigen?

Dr. med. Nicole Sambruno Spannhoff: Es ist wichtig, dass diese Patientinnen und Patienten um Strukturen wissen, an die sie sich bei solchen Sachverhalten wenden können. Das ist es, was ich vorhin gemeint habe. Ich glaube, wir betrachten diesen Aspekt gar nicht aus so sehr verschiedenen Blickwinkeln. Es geht darum, dass versucht wird, die Patientinnen und Patienten mit der Information zu versorgen, wo sie mit ihren Problemen hingehen können. Es gibt doch Strukturen, die sie mit solchen Problemen aufsuchen können. Das ist ein riesiges Problem. Hätte ich eine große Glaskugel und könnte ich dieses Problem lösen, dann würde ich es sofort tun. Aber auch ich kann Ihnen keine Meisterlösung anbieten.

Wenn solche Probleme bei uns auflaufen, nehmen wir Kontakt zu den Kliniken auf und reden mit den Geschäftsführern der Kliniken. Wir versuchen dann, den Einzelfall zu bearbeiten und zu lösen, je nachdem, welche Kompetenz dieser Einzelfall erfordert. Wir nehmen das Ganze in unserem Bereich strukturiert auf und versuchen, aus der vorhandenen Datenlage strukturelle Probleme abzuleiten. Es geht darum, zu überlegen, wo neue Meldestrukturen geschaffen werden müssen. Wir haben das Problem, wie gewährleistet werden kann, dass die Patientinnen und Patienten von Meldestrukturen wissen. Ich glaube nicht, dass wir so wenige Meldestrukturen haben.

Wir sind auf Messen vertreten, wir sind beim Entdeckertag, wir machen dies, wir machen das, und trotzdem muss überlegt werden, wie Menschen mit Migrationshintergrund in den Kommunen erreicht werden können. Wo kann man in den Kommunen hingehen? Was gibt es in den Kommunen schon? Es gibt teilweise schon Ansprechpartner, die sich meines Wissens

„Migrationslotsen“ nennen. Das Hauptproblem, das wir haben, ist: Wie kommt die Information zu den Patientinnen und Patienten? Wir haben Pflegestützpunkte. Wir haben gute Beratungsstrukturen. Die sind aber nicht flächendeckend in allen Kommunen vorhanden. Das ist das, was ich meinte: Wir müssen uns informieren, welche Strukturen es gibt und wie wir diese Strukturen weiterentwickeln können, und überlegen, wie wir die Informationen mithilfe dieser Strukturen vor die Haustür der Menschen bringen.

Ali Türk: Ich kann das, was Sie sagen, nachvollziehen. Aber daraus leitet sich meines Erachtens die Frage ab, was das für dieses Gremium bedeutet. Was kann das Land Niedersachsen tun, um den Missstand aufzulösen? Gibt es Befugnisebenen, die eine Klinik oder einen Arzt anweisen können, dass sie/er ihre/seine Arbeit verrichten muss? Meines Erachtens besteht darin unser Dilemma. Ich finde Ihre Darstellung plausibel. Die entscheidende Frage ist, wie wir es schaffen, dass die bestehenden Pflichten - auch Behandlungspflichten - erfüllt werden, und nicht die Vorstufe des Erfassens oder des informellen Lotsens von Leuten. Letzteres ist nicht unser drängendstes Problem.

Dr. med. Nicole Sambruno Spannhoff: Ich bin keine Juristin. Ich bin Ärztin und meine, dass es wohl nicht möglich sein wird, dass das Land quasi Handlungsbefugnisse gegenüber Ärztinnen und Ärzten erlässt. So etwas löst auch keine 24-Stunden-Hotline auf. Es wird niemand bei einem Krankenhaus anrufen und den Herzkatheter einfordern können. Diese Vorstellung wäre unrealistisch. Das kann man wirklich nur durch ständige Sensibilisierung und sicherlich auch über die ärztliche Selbstverwaltung bewirken, indem die Kammern gebeten werden, ihre Leute dahingehend zu schulen. Insofern sollte überlegt werden, was über die Berufsverbände bewirkt werden kann. Aber die Idee, dass das Land gegenüber den Ärzten weisungsbefugt wird, ist aus meiner Sicht nicht realistisch.

Beate Seusing: Als ich Ihren Text gelesen habe, habe ich gedacht: Sie hat in vielem Recht und in manchem auch nicht. Das ist ja immer so. Ich finde, es ist ein wichtiger Ansatz, zu sagen, dass wir die Sachlage nicht aus dem Blickwinkel der Theorie betrachten sollten, sondern darauf fokussieren sollten, was den Patientinnen und Patienten praktisch nutzt. Mit dieser Aussage bin ich völlig d'accord.

Dann habe allerdings auch ich mich gefragt: Für wie relevant halten Sie als Landespatientenschutzbeauftragte das Problem Rassismus im Gesundheitswesen? Wir hatten beim letzten Mal mit zwei Projekten zu tun, die sich damit befassen. Ich fand es schon schockierend, in welchem Umfang Rassismus gegenüber Patient*Innen - Pflegekräfte waren, glaube ich, nur am Rand ein Thema - alltäglich an der Tagesordnung ist. Ihr Ärger darüber hat mir in Ihrer Stellungnahme ein bisschen gefehlt.

Sie haben gesagt, wir hätten gute Beratungsstellen. Aber: Wenn diese Beratungsstellen 25 % der Bevölkerung nicht mehr erreichen, dann sind sie meines Erachtens auch nicht mehr gut. Mich interessiert, welche Ideen Sie haben, um diese Erreichbarkeit zu verbessern. Mir ist allerdings klar, dass Sie keine Glaskugel besitzen.

Dr. med. Nicole Sambruno Spannhoff: Diskriminierung ist im Gesundheitswesen grundsätzlich ein Riesenthema. Sie haben darüber Informationen aus Studien gehört. Wir erleben sie auch im Arbeitsalltag. Das ist überhaupt nicht von der Hand zu weisen. Diesbezüglich müssen auch Dinge passieren. Mir ist es wichtig, nicht nur pauschal zu beklagen, dass nichts da ist, sondern das, was da ist, zu nutzen, und zu prüfen, wer etwas benötigt. Es muss darüber nachgedacht werden, ob

über die Gesundheitsregion etwas getan werden kann, ob eine systemische Bestandsanalyse durchgeführt werden kann, um herauszufinden, was es auf kommunaler Ebene gibt. Denn da findet medizinische Daseinsfürsorge statt. Das ist der Ort, wo man meines Erachtens am ehesten Leute erreicht. Es muss betrachtet werden, was da ist, was man damit machen kann und wie das Bestehende weiterentwickelt werden kann. Ich bin völlig bei Ihnen, dass das gemacht werden muss.

Sie wollen ja eine neue Meldestruktur, also dass in jedem Landkreis eine neue Meldestruktur installiert wird. Es kann sein, dass das hilft - aber, wie gesagt, ich habe die Glaskugel nicht - und man damit, wenn innerhalb der bestehenden Meldestruktur Leute aufsuchend tätig würden, eine ganze Menge schaffen könnte. Aber dann muss man das auch entwickeln.

Beate Seusing: Das geht nicht nur über eine Stelle.

Dr. med. Nicole Sambruno Spannhoff: Man kann nicht die Stelle schaffen. Wie gesagt, das ist aus unserem Arbeitsalltag heraus. Wir haben auf Landesebene mit der Beschwerdestelle Pflege etwas ganz anderes. Es ist etwas anderes, so etwas auf Landesebene zu haben, als es vor Ort für die Daseinsvorsorge zu haben. Es ist sehr viel Arbeit, solche Strukturen bekannt zu machen und zu etablieren. Mir geht es darum, nicht einfach nur noch eine neue Meldestruktur zu installieren, von der niemand weiß, dass es sie gibt, denn das wäre schade.

Abg. Ulrich Watermann (SPD): Eine ergänzende Information. Wir müssen bedenken, dass sich die Struktur in Niedersachsen darin auszeichnet, dass in jedem Landkreis alles anders geregelt ist. Nachdem ich das in meiner politischen Tätigkeit endlich verstanden hatte, konnte ich viele Sorgen, die Kollegen vorgetragen haben, viel besser nachvollziehen. Denn ich kann diese Sorgen gar nicht nachvollziehen, weil die Ursachen für diese Sorgen bei mir gar nicht gegeben sind. Das gilt auch umgekehrt in Bezug auf den Kollegen, der sich meine Sorgen anhört. Wenn man also Politik in Niedersachsen und gerade die Strukturen, über die wir hier reden, bewertet, muss man eben wissen, dass das alles sehr unterschiedlich strukturiert ist. Sie haben es zutreffend beschrieben: Es gibt Bereiche, die sind da, und es gibt Bereiche, in denen es große Lücken gibt.

Vor diesem Hintergrund sollten wir das Ministerium bitten, zu prüfen, ob es in der Lage ist, uns einen Überblick über die bestehenden Strukturen zu geben, und sie zu bewerten. Ich fürchte, die Strukturen sind nicht da. Wenn wir bei diesen unterschiedlichen Strukturen etwas verändern wollen, dann dürfen wir nicht obendrauf etwas Neues setzen. Ich bin absolut sicher, dass das schiefgehen würde, weil die Leute dann überhaupt nicht mehr wissen, wohin sie sich wenden sollen. Das ist meines Erachtens ein heikles Thema, über das wir uns unterhalten müssen.

Wir müssen auch aufpassen, dass wir nicht irgendwelche Meldestrukturen einführen, die dazu führen, dass die Fachkräfte ihre Aufgaben nicht mehr erledigen können, weil sie stattdessen Dokumentation leisten müssen. Wir bewegen uns bei so etwas immer auf einem schmalen Grat, bei dem es sehr kompliziert wird, weil Pflegekräfte keine Zeit mehr haben, sich dem Patienten, dem zu Pflegenden, zu widmen. Wir befinden uns bekanntlich gerade in einer Debatte, in der wir uns bewusst machen, dass wir aufpassen müssen, dass wir nicht überregulieren.

Ich glaube, dass es im Landtag keine Mehrheit für etwas geben wird, das wieder nur dazu führt, dass irgendein neuer Bericht erstellt werden muss. Wir müssen auch den Nachweis führen, dass die Änderung in der Praxis hilft und am Ende nicht nur wieder ein neuer Bericht erstellt werden

muss, der abgeheftet wird und um den sich danach niemand mehr kümmert. So etwas haben wir genug.

Ich halte es für wichtig, dass wir, bevor wir diese Anträge zu Ende beraten, das Ministerium fragen, ob es in der Lage ist, uns über die aktuelle Situation in Niedersachsen zu unterrichten.

*

Die **Kommission** bittet die Landesregierung für eine ihrer kommenden Sitzungen um eine Unterrichtung bezüglich der in Niedersachsen bereits bestehenden Meldestrukturen und -verfahren im Zusammenhang mit dem Thema „Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitswesen“ - ggf. unter Einbeziehung des Niedersächsischen Landkreistages. Hierbei soll - auf Wunsch der AfD-Fraktion - nach Möglichkeit auch die Frage nach den ggf. entstehenden Kosten für den Aufbau entsprechender neuer Strukturen in den Blick genommen werden.

Zudem nimmt die Kommission auf Vorschlag des Kommissionsmitgliedes Prof. Dr. Oltmer in Aussicht, ebenfalls Frau Dr. Sidra Khan-Gökkaya, die Beauftragte für Anti-Rassismus am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, zu dem Thema anzuhören.

Tagesordnungspunkt 2:

Verschiedenes

Die **Kommission** bespricht Terminfragen und bittet die Landesregierung um eine Unterrichtung zum Haushaltsplanentwurf 2027/2028 in einer ihrer kommenden Sitzungen.

Anhörung der Kommission zu Fragen der Migration und Teilhabe des Niedersächsischen Landtags im Rahmen der Beratung der Anträge „Diskriminierung und Rassismus im Gesundheitswesen“ und „Diskriminierungsarme Zugänge zur Gesundheitsversorgung in Niedersachsen schaffen“

Stellungnahme der Landespatientenschutzbeauftragten des Landes Niedersachsen Dr. Nicole Sambruno Spannhoff zum Antrag des Niedersächsischen Integrationsrats (NIR) vom 09.04.2026

zu 1. Einrichtung unabhängiger Meldestellen für Diskriminierung im Gesundheitswesen und

zu 2. Erweiterung des Mandats der oder des Landespatientenschutzbeauftragten

Allgemeine Bewertung

Der vorliegende Antrag greift ein Thema auf, das aus Sicht der Landespatientenschutzbeauftragten von hoher gesundheitspolitischer und gesellschaftlicher Relevanz ist. Ein diskriminierungsarmer Zugang zur Gesundheitsversorgung ist wesentliche Voraussetzung für eine patientenorientierte Versorgung und für das Vertrauen der Bevölkerung in das Gesundheitswesen. Menschen mit Migrationsgeschichte können aufgrund sprachlicher, kultureller oder struktureller Barrieren besonderen Herausforderungen beim Zugang zu medizinischen Leistungen begegnen. Missverständnisse in der Kommunikation, fehlende Informationen über das Gesundheitssystem oder Unsicherheiten im Umgang mit Institutionen können dazu führen, dass notwendige medizinische Leistungen verzögert oder gar nicht in Anspruch genommen werden.

Die Zielsetzung, diesen Barrieren entgegenzuwirken und bestehende Benachteiligungen abzubauen, wird aus Sicht der Landespatientenschutzbeauftragten ausdrücklich unterstützt.

Aus Sicht des Patientenschutzes stellt sich jedoch nicht allein die Frage, ob Handlungsbedarf besteht – dieser ist unbestritten und wird durch eine gute Studienlage getragen.

Entscheidend ist vielmehr, welche Maßnahmen geeignet sind, die Situation der betroffenen Patientinnen und Patienten nachhaltig zu verbessern und welche Strukturen hierfür tatsächlich einen Mehrwert schaffen. Aus Sicht des Patientenschutzes sollte sich die Bewertung der vorgeschlagenen Maßnahmen daher nicht allein an der Schaffung neuer Strukturen orientieren, sondern an ihrem nachweisbaren Nutzen für die betroffenen Patientinnen und Patienten. Maßgeblich ist, ob diese Schritte tatsächlich bestehende Versorgungslücken

schließen, den Zugang zu Unterstützungsangeboten verbessern und einen konkreten Beitrag zu einer diskriminierungsärmeren Gesundheitsversorgung leisten.

Meldestrukturen als Baustein eines Gesamtsystems

Die Einrichtung unabhängiger Meldestellen kann einen wichtigen Beitrag zur Unterstützung von Patientinnen und Patienten leisten. Gleichzeitig sollte die Einrichtung neuer Meldestrukturen kritisch daraufhin geprüft werden, welchen konkreten Mehrwert sie gegenüber bereits bestehenden Beratungs- und Beschwerdeangeboten schafft.

Aus Sicht des Patientenschutzes sollte daher der Aufbau neuer Strukturen eng mit den bereits vorhandenen Beratungs-, Beschwerde- und Unterstützungsangeboten koordiniert werden. Welche Strukturen auf kommunaler und regionaler Ebene bereits bestehen und in welchem Umfang sie die betroffenen Zielgruppen erreichen, stellt sich derzeit regional unterschiedlich dar und bedarf einer systematischen Bestandsaufnahme.

Vor der Schaffung neuer Meldestrukturen erscheint es daher sinnvoll, zunächst Transparenz über vorhandene Angebote, Zuständigkeiten und bestehende Versorgungslücken herzustellen. Dies kann dazu beitragen, vorhandene Kompetenzen besser miteinander zu vernetzen, Doppelstrukturen zu vermeiden und neue Angebote dort zu entwickeln, wo tatsächlich ein zusätzlicher Bedarf besteht. Neue Meldestrukturen sollten lediglich dort geschaffen werden, wo sie vorhandene Angebote sinnvoll ergänzen, tatsächliche Versorgungslücken schließen und einen erkennbaren zusätzlichen Nutzen für Betroffene bieten.

Aus Sicht des Patientenschutzes liegt die zentrale Herausforderung jedoch nicht allein in der Schaffung weiterer Anlaufstellen. Viele Betroffene kennen bestehende Unterstützungsangebote nicht, können deren Zuständigkeit nicht einschätzen oder nehmen sie aufgrund sprachlicher, sozialer oder persönlicher Barrieren nicht in Anspruch. Der entscheidende Mehrwert neuer Meldestrukturen sollte deshalb darin bestehen, Menschen aktiv zu erreichen und bestehende Unterstützungsangebote sichtbar zu machen. Dies setzt eine enge Zusammenarbeit mit den bereits vorhandenen Akteuren vor Ort voraus. Hierzu zählen insbesondere Migrationsberatungen, Selbsthilfeorganisationen, kommunale Gesundheitsnetzwerke, Gesundheitslotsinnen und Gesundheitslotsen, Patientenfürsprechende sowie weitere Einrichtungen, die bereits heute über einen vertrauensvollen Zugang zu den betroffenen Menschen verfügen.

Der Erfolg neuer Meldestrukturen wird sich daher aus Sicht der Landespatientenschutzbeauftragten weniger an ihrer organisatorischen Einrichtung bemessen als daran, ob es gelingt, tatsächliche Versorgungslücken gezielt zu schließen und insbesondere diejenigen Menschen zu erreichen, die Unterstützungsangebote bislang nicht oder nur erschwert in

Anspruch nehmen. Für Patientinnen und Patienten ist letztlich nicht entscheidend, welche Institution zuständig ist. Entscheidend ist vielmehr, dass sie schnell, verständlich und zuverlässig Unterstützung erhalten.

Einrichtung einer „Rund um die Uhr“-Hotline

Die ergänzend vorgesehene Einrichtung einer rund um die Uhr erreichbaren, mehrsprachigen Hotline zur Erstberatung und fallbezogenen Weiterleitung verfolgt das Ziel, einen niedrigschwelligen Zugang zu den vorgesehenen Meldestrukturen sicherzustellen. Dieses Ziel ist aus Sicht des Patientenschutzes grundsätzlich nachvollziehbar.

Gleichzeitig ist jedoch darauf hinzuweisen, dass Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen in der Regel keine akuten Notfall- oder Krisensituationen darstellen, die eine durchgehende 24-Stunden-Bereitschaft im Sinne einer Notfallstruktur erfordern. Vielmehr handelt es sich überwiegend um Sachverhalte, die im Rahmen einer zeitnahen, aber nicht zwingend sofortigen Beratung und Bearbeitung aufgearbeitet werden können.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine Ausgestaltung der Erreichbarkeit im Sinne einer dauerhaft besetzten Hotline als verhältnismäßig anspruchsvoll im Hinblick auf den organisatorischen und personellen Aufwand. Es sollte daher geprüft werden, in welcher Form eine verlässliche und niedrigschwellige Erreichbarkeit gewährleistet werden kann, ohne eine an klassische Notfallstrukturen angelehnte Dauerpräsenz vorzusehen.

Denkbar sind hierbei insbesondere Modelle mit erweiterten Erreichbarkeitszeiten, Rückrufsystemen oder einer strukturierten Weiterleitung an bestehende Beratungs- und Unterstützungsangebote. Entscheidend ist, dass die gewählte Ausgestaltung sowohl der Zielsetzung einer niedrigschwelligen Zugänglichkeit als auch dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit in der organisatorischen Umsetzung Rechnung trägt.

Zur vorgesehenen Erweiterung des Mandats der Landespatientenschutzbeauftragten

Die übergeordnete Auswertung der Meldungen durch den Landespatientenschutz kann grundsätzlich dazu beitragen, Diskriminierungserfahrungen im Gesundheitswesen systematischer sichtbar zu machen und Erkenntnisse für eine Weiterentwicklung des Patientenschutzes zu gewinnen. Entscheidend ist jedoch, welchen zusätzlichen Erkenntniswert eine solche Auswertung gegenüber bereits vorhandenen Erkenntnissen und bestehenden Strukturen tatsächlich erbringen kann. Viele der zentralen Herausforderungen einer diskriminierungssensiblen Gesundheitsversorgung sind bereits bekannt. Hierzu zählen insbesondere sprachliche Barrieren, Schwierigkeiten in der Kommunikation, fehlende Informationen über Versorgungsangebote und Patientenrechte sowie der Bedarf an Sensibilisierung und Qualifizierung von Beschäftigten im Gesundheitswesen. Eine reine

Sammlung und Zusammenfassung von Einzelfällen würde daher für sich genommen keinen ausreichenden Mehrwert darstellen.

Der besondere Nutzen einer landesweiten Auswertung könnte vielmehr darin liegen, aus den Meldungen strukturelle Zusammenhänge abzuleiten, die bislang nicht ausreichend sichtbar sind. Von Bedeutung wäre insbesondere die Frage, ob bestimmte Diskriminierungserfahrungen in bestimmten Versorgungsbereichen, Regionen oder Versorgungssituationen gehäuft auftreten, ob sich wiederkehrende Muster erkennen lassen und ob bestehende Unterstützungs- und Beschwerdestrukturen bestimmte Gruppen bislang nicht ausreichend erreichen. Eine solche Analyse könnte dazu beitragen, zwischen individuellen Einzelfällen, wiederkehrenden Problemen und strukturellen Herausforderungen zu unterscheiden. Darüber hinaus könnte eine landesweite Auswertung einen Mehrwert bieten, indem sie nicht nur Problemlagen beschreibt, sondern eine Grundlage für eine gezielte Priorisierung von Maßnahmen schafft. Es wäre beispielsweise zu prüfen, in welchen Bereichen tatsächlich landesweiter Handlungsbedarf besteht, wo regionale Lösungsansätze erforderlich sind und welche bereits bestehenden Maßnahmen oder guten Praxisbeispiele weiterentwickelt oder übertragen werden können.

Ziel sollte daher nicht sein, bekannte Herausforderungen lediglich erneut zu benennen, sondern zusätzliche Erkenntnisse zu gewinnen, die eine konkrete Verbesserung der Versorgung in Niedersachsen ermöglichen.

Voraussetzung hierfür ist allerdings eine aussagekräftige und einheitliche Erfassung der Meldungen. Nur wenn die Meldungen systematisch nach relevanten Kriterien ausgewertet werden können, kann daraus ein belastbares Lagebild entstehen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Meldungen allein keine Aussage über das tatsächliche Ausmaß von Diskriminierung zulässt, sondern immer im Zusammenhang mit der Bekanntheit, Zugänglichkeit und Nutzung der Meldestrukturen betrachtet werden muss.

Sollte eine solche landesweite Analyse politisch gewünscht und als zusätzliches Aufgabenfeld der Landespatientenbeauftragten etabliert werden, ist zugleich festzustellen, dass diese Aufgabe nicht mit den derzeit vorhandenen personellen Ressourcen umgesetzt werden kann. Die strukturierte Auswertung von Meldungen, die Identifikation von Mustern, die Entwicklung von Handlungsempfehlungen sowie die Begleitung daraus entstehender Prozesse erfordern einen entsprechenden personellen Aufwand. Eine Erweiterung des Aufgabenportfolios muss daher mit einer entsprechenden Ausstattung für eine fachlich fundierte Analyse verbunden werden.

Weiterführende Perspektive

Der Antrag richtet seinen Schwerpunkt auf Menschen mit Migrationsgeschichte. Dieser Fokus ist angesichts der besonderen Herausforderungen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung nachvollziehbar und fachlich begründet.

Gleichzeitig zeigen die Erfahrungen aus dem Patientenschutz, dass Diskriminierung im Gesundheitswesen unterschiedliche Ursachen haben kann und verschiedene Personengruppen betrifft. Die im Rahmen des Antrags entwickelten Strukturen sollten daher so ausgestaltet werden, dass sie langfristig allen Patientinnen und Patienten zugutekommen können, die aufgrund persönlicher Merkmale Benachteiligungen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung erfahren.

Damit könnte der Antrag einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung einer insgesamt diskriminierungssensiblen und patientenorientierten Gesundheitsversorgung in Niedersachsen leisten.

Fazit

Aus Sicht der Landespatientenschutzbeauftragten setzt der Antrag wichtige Impulse für eine diskriminierungssensible Weiterentwicklung des Gesundheitswesens. Sein Erfolg wird jedoch nicht allein davon abhängen, dass neue Meldestrukturen geschaffen werden. Entscheidend wird vielmehr sein, ob es gelingt, bestehende Beratungs- und Unterstützungsangebote sinnvoll einzubinden, Betroffene tatsächlich zu erreichen und die gewonnenen Erkenntnisse konsequent für Verbesserungen der Versorgung zu nutzen.

Der Aufbau neuer Strukturen sollte deshalb stets mit einer aktiven Informations- und Vernetzungsstrategie, einer klaren Aufgabenverteilung sowie einer verbindlichen Evaluation verbunden werden. Maßstab sollte dabei immer der konkrete Nutzen für die Patientinnen und Patienten sein.

Eine diskriminierungsarme Gesundheitsversorgung entsteht nicht allein durch zusätzliche Zuständigkeiten. Sie entsteht dort, wo Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrer Herkunft oder ihren persönlichen Lebensumständen respektvoll behandelt werden, ihre Anliegen Gehör finden und bestehende Barrieren systematisch abgebaut werden. Die vorgeschlagenen Maßnahmen können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten, wenn sie konsequent an den Bedürfnissen der Betroffenen ausgerichtet und als Bestandteil einer patientenorientierten Qualitätsentwicklung verstanden werden.

zu 3. Erarbeitung einer landesweiten Strategie für verlässliche Sprachmittlung

Die vorgesehene Entwicklung einer landesweiten Strategie für eine verlässliche und datenschutzkonforme Sprachmittlung im Gesundheitswesen wird aus Sicht des Patientenschutzes grundsätzlich als zentraler Baustein für eine diskriminierungs- und barrierearme Gesundheitsversorgung bewertet. Eine sichere und verständliche Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten sowie den Behandelnden ist eine grundlegende Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung, für informierte Entscheidungsprozesse sowie für die Patientensicherheit.

Der Ansatz, hierfür strukturierte und qualifizierte Sprachmittlungsangebote, etwa in Form landesweiter Pools oder vergleichbarer organisatorischer Strukturen, zu entwickeln, ist fachlich nachvollziehbar. Zugleich handelt es sich hierbei um ein komplexes und ressourcenintensives Vorhaben, das sowohl organisatorische als auch finanzielle und personelle Rahmenbedingungen erfordert. Vor diesem Hintergrund sollte die Ausgestaltung auf einer realistischen Umsetzbarkeit beruhen und bestehende Strukturen sowie bereits vorhandene Lösungsansätze systematisch einbeziehen.

Im Gesundheitswesen existieren bereits unterschiedliche Formen der Sprachmittlung und mehrsprachigen Kommunikation, sowohl auf Ebene einzelner Einrichtungen als auch in einzelnen Versorgungsstrukturen. Hierzu zählen insbesondere interne Lösungen durch mehrsprachiges Personal sowie bereits etablierte, organisierte Dolmetschstrukturen. Diese zeigen, dass Sprachmittlung in der Versorgungspraxis bereits heute adressiert wird, jedoch bislang heterogen und nicht flächendeckend systematisch organisiert ist. Eine landesweite Strategie sollte daher nicht als vollständiger Neubeginn verstanden werden, sondern als Rahmen zur strukturierten Erfassung, Bewertung und Integration bestehender Ansätze in ein kohärentes Gesamtkonzept.

Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass Sprachmittlung im Gesundheitswesen nicht ausschließlich als Unterstützung für Patientinnen und Patienten zu verstehen ist, sondern als strukturelle Voraussetzung für eine funktionierende Kommunikation im Versorgungsgeschehen insgesamt. Auch im ärztlichen und pflegerischen Alltag bestehen Kommunikations- und Sprachbarrieren, die in komplexen Versorgungssituationen eine professionelle Sprachmittlung erforderlich machen. Vor diesem Hintergrund sollte eine entsprechende Struktur grundsätzlich allen Beteiligten im Versorgungssystem zur Verfügung stehen, um eine sichere, verständliche und qualitativ hochwertige Kommunikation zu gewährleisten.

Insgesamt ist eine landesweite Struktur zur Sprachmittlung ein fachlich sinnvoller und systemisch relevanter Baustein einer diskriminierungs- und barrierearmen Gesundheitsversorgung. Ihre erfolgreiche Umsetzung hängt maßgeblich davon ab, dass bestehende

Strukturen berücksichtigt, sinnvoll integriert und weiterentwickelt werden sowie eine klare organisatorische Verankerung und eine angemessene Ressourcenbereitstellung erfolgen.

zu 4. Verbindliche Fort- und Weiterbildungen zu Rassismus und Diskriminierung

Die vorgesehene Einführung verbindlicher Fort- und Weiterbildungsangebote zu Diskriminierung und Rassismussensibilität im Gesundheitswesen sowie die damit verbundenen Zielvorgaben zur flächendeckenden Teilnahme des medizinischen und pflegerischen Personals werden aus Sicht des Patientenschutzes grundsätzlich als Beitrag zur Qualitätsentwicklung und zur Stärkung einer sensiblen Versorgungskultur bewertet.

Gleichzeitig ist bei der Ausgestaltung der Zielsetzungen und Umsetzungsfristen zu berücksichtigen, dass die Umsetzung entsprechender Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen in den bestehenden Versorgungsstrukturen an organisatorische, personelle und zeitliche Rahmenbedingungen gebunden ist. Die Erreichbarkeit der formulierten Quoten setzt daher eine realistische und schrittweise Implementierung sowie eine enge Verzahnung mit bestehenden Fort- und Weiterbildungsstrukturen voraus.

In diesem Zusammenhang sollte geprüft werden, inwieweit bereits vorhandene Angebote der zuständigen Akteure im Gesundheitswesen, insbesondere der berufsständischen Organisationen sowie bestehender Fortbildungsinstitutionen, in ein landesweites Gesamtkonzept integriert und weiterentwickelt werden können. Ziel sollte dabei nicht die Schaffung zusätzlicher paralleler Strukturen sein, sondern die systematische Nutzung und Weiterentwicklung bestehender Qualifizierungsangebote.

Entscheidend ist, dass entsprechende Maßnahmen so ausgestaltet werden, dass sie in den Versorgungsalltag integrierbar sind und nicht zu einer zusätzlichen organisatorischen Belastung führen, die zulasten der Versorgungskapazitäten geht. Eine nachhaltige Umsetzung wird daher maßgeblich davon abhängen, dass Zielvorgaben, Ressourcen und praktische Umsetzbarkeit in einem angemessenen Verhältnis stehen.

Insgesamt können Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen im Bereich Diskriminierungs- und Rassismussensibilität einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung einer patientenorientierten Versorgung leisten, sofern sie strukturell eingebettet, praxisnah gestaltet und mit bestehenden Weiterbildungssystemen verzahnt werden.

zu 5. Einführung eines jährlichen Berichts „Diskriminierung im Gesundheitswesen Niedersachsen“

Die vorgesehene Einführung eines jährlichen Berichts über Diskriminierung im Gesundheitswesen, die dokumentierten Fälle, Analysen und Handlungsempfehlungen zusammenführt und dem Landtag sowie der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird, ist aus Sicht des Patientenschutzes grundsätzlich zu begrüßen. Ein solches Berichtswesen kann einen wichtigen Beitrag zur Transparenz leisten, strukturelle Problemlagen sichtbar machen und eine kontinuierliche Weiterentwicklung einer diskriminierungssensiblen Gesundheitsversorgung unterstützen.

Entscheidend für die Wirksamkeit eines solchen Berichts ist jedoch die Qualität und Kohärenz der zugrunde liegenden Datenbasis. Hierzu bedarf es einheitlicher Definitionen dessen, was als Diskriminierungsfall erfasst wird, sowie klar geregelter und niedrigschwelliger Melde- und Dokumentationswege. Nur wenn die Datenerhebung systematisch, vergleichbar und belastbar erfolgt, kann der Bericht seine Steuerungs- und Erkenntnisfunktion tatsächlich erfüllen.

Ebenso wesentlich ist eine klare institutionelle Verankerung der Auswertung und Zusammenführung der erhobenen Informationen. Der Bericht sollte nicht lediglich eine aggregierte Sammlung von Einzelfällen darstellen, sondern auf einer fachlich unabhängigen Analyse beruhen, die Muster, Häufungen und strukturelle Risikobereiche identifiziert und in nachvollziehbare Handlungsempfehlungen überführt.

Dabei ist sicherzustellen, dass bestehende Beratungs- und Beschwerdestrukturen in die Datenerhebung und Auswertung sinnvoll eingebunden werden, ohne dass zusätzliche parallele Erfassungssysteme entstehen, die zu Doppelstrukturen oder Inkonsistenzen führen. Ziel muss eine integrierte und anschlussfähige Struktur sein, die vorhandene Erkenntnisquellen zusammenführt und nicht fragmentiert.

Aus Sicht des Patientenschutzes ist zudem bedeutsam, dass ein solches Berichtswesen nicht isoliert neben bestehenden Strukturen steht, sondern systematisch mit denjenigen Stellen verzahnt wird, die bereits heute Patientenerfahrungen aufnehmen und auswerten. Hierzu zählt insbesondere die kontinuierliche Rückkopplung der Erkenntnisse in die Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen.

Insgesamt kann der jährliche Bericht ein wesentliches Instrument zur Stärkung einer diskriminierungssensiblen Gesundheitsversorgung darstellen, sofern er auf einer klar definierten Datenbasis beruht, institutionell eindeutig verankert ist und die gewonnenen Erkenntnisse konsequent in strukturelle Verbesserungen überführt werden.