

# Diskriminierung im Gesundheitswesen – Herausforderungen (nicht nur) für die Pflege

Fokus auf Flucht\_Migration\_Ethnizität\_und Sprache



Deutsches Pflege Forum  
Berlin, Akademie der Wissenschaften  
14.06.2023

Prof. Dr. Theda Borde, MPH

ALICE SALOMON   
HOCHSCHULE BERLIN  
*University of Applied Sciences*

 CHARITÉ  
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN  **EMPOWERMENT  
FÜR DIVERSITÄT**  
Allianz für Chancengleichheit  
in der Gesundheitsversorgung

# Übersicht

## I. Hintergrund – Begriffe und Fakten

## II. Wie zeigt sich Diskriminierung im Gesundheitswesen?

- Diskriminierung durch Vernachlässigung in der Forschung
- Erfahrungen aus der COVID-19 Pandemie
- Diskriminierung durch unzureichend gelöste Sprach- u. Kommunikationsbarrieren
- Weitere Diskriminierungsrisiken

## III. Ausgrenzungserfahrungen - Dimensionen der Anders-Machung

- Ergebnisse unserer aktuellen PROREF-Studie zur Versorgung geflüchteter Frauen rund um Schwangerschaft und Geburt

## IV. Was tun!? Diskriminierung und Rassismus gezielt entgegenwirken

- Empowerment für Diversität  
Allianz für Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung

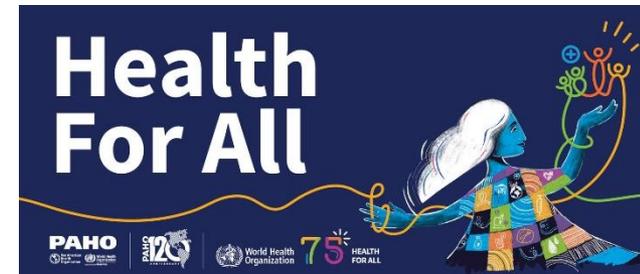
# I. Hintergrund – Begriffe und Fakten

## Health Equity – Gesundheitsgerechtigkeit – gesundheitliche Chancengleichheit

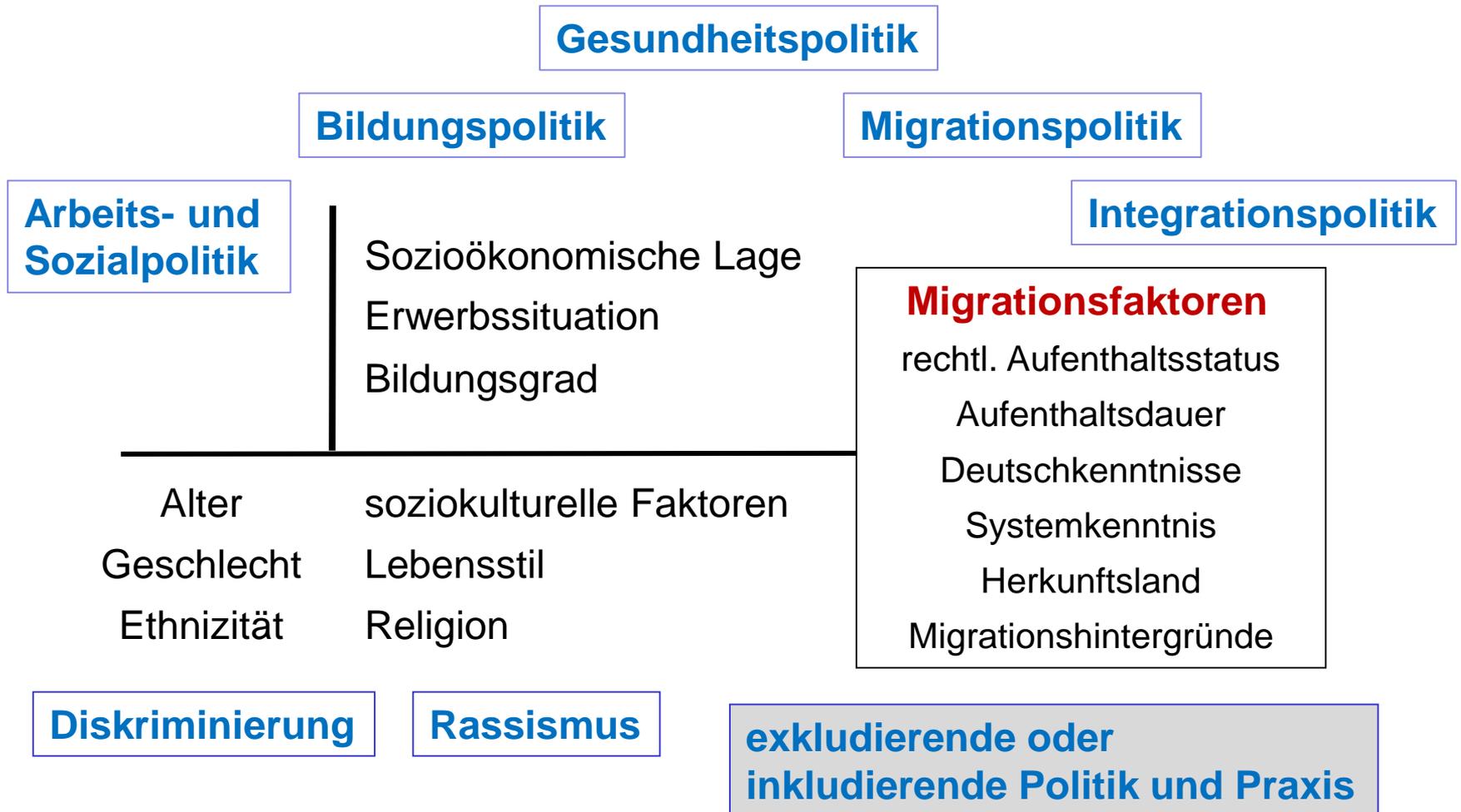
...steht für das Prinzip der **gleichen Chancen** der Menschen auf die **Erhaltung bzw. die Wiederherstellung ihrer Gesundheit**. Das bedeutet, dass **alle Menschen** die Möglichkeit zur **Entfaltung ihres Gesundheitspotenzials** erhalten sollen.

Aber ...

der **Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit** und Einfluss von Aspekten wie Alter, Geschlecht, Bildungsstand, Klasse, „race“ Migrationsgeschichte, u.a. **sozialen Determinanten** und deren **Wechselwirkungen** auf Gesundheit und Krankheit sind seit vielen Jahren durch internationale Studien immer wieder belegt.

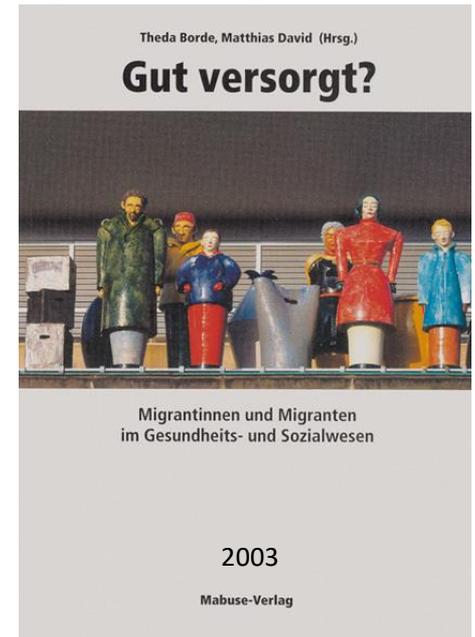


# Verschiedene soziale Determinanten von Gesundheit interagieren miteinander (Wechselwirkungen – Intersektionalität)



# Kann das Gesundheitsversorgungssystem gesellschaftliche Ungleichheiten ausgleichen und alle Menschen gleich gut versorgen?

- Je nachdem, wie gut oder schlecht die politischen Vorgaben, die Strukturen der Versorgungseinrichtungen und das Gesundheitspersonal auf unterschiedliche Bedürfnisse und Versorgungsbedarfe einer diversen Bevölkerung eingestellt und orientiert sind, können die Gesundheitschancen gesellschaftlich benachteiligter Menschen verbessert oder aber im Versorgungssystem weiter beeinträchtigt werden.



# Diskriminieren

"trennen", "Unterscheidungen treffen", "aussondern".

## Soziale Diskriminierung

Benachteiligung von Menschen aufgrund gruppenspezifischer Merkmale wie ethnische oder nationale Herkunft, Hautfarbe, Sprache, politische oder religiöse Überzeugungen, sexuelle Orientierung, Geschlecht, Alter oder Behinderung

Ausgangspunkt jeder Diskriminierung ist die Konstruktion von Differenz

(vgl. Beutke & Kotzur 2015)

# Erscheinungsformen sozialer Diskriminierung

- **individuell**                      Stereotype, Vorurteile, individuelle diskriminierende Verhaltensweisen
- **sprachlich**                      Personen oder Gruppen werden von Einzelnen oder Gruppen bewusst verbal abgewertet oder angegriffen
- **strukturell**                      das gesellschaftliche System bewirkt Ausgrenzungen

## Strukturelle Diskriminierung

### **direkt/unmittelbar**

Regelung formuliert ausdrückliche Ungleichbehandlung aufgrund einer Gruppenzugehörigkeit

### **verdeckt**

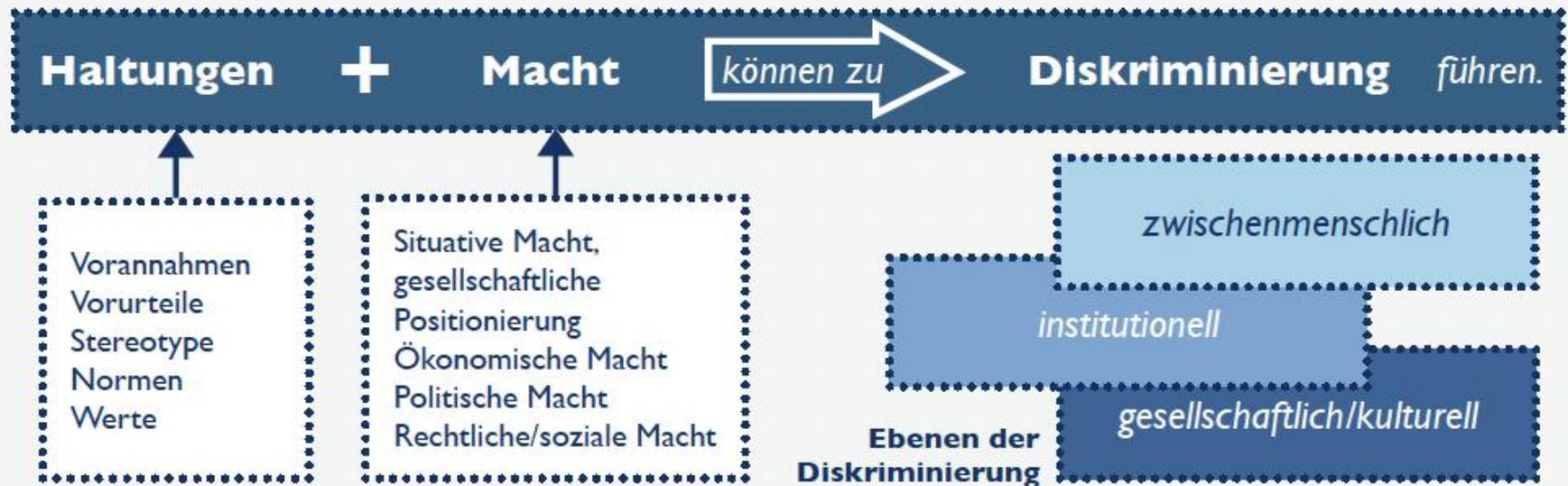
Regelung formuliert keine offensichtliche Benachteiligung, ist jedoch in Anwendung benachteiligend

### **institutionell**

Strukturen und Praktiken von Organisationen wirken aufgrund von Gewohnheiten, Werten und Handlungsmustern diskriminierend

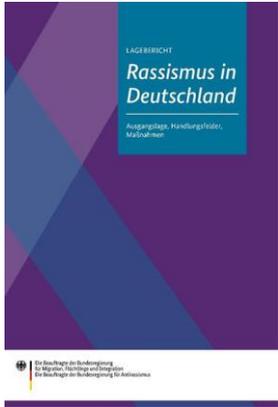
# Diskriminierung trifft uns alle!

## Wie entsteht Diskriminierung?



*historische Entwicklungen und regionale Kontexte*

# Aktuelle Expertisen und Berichte zeigen:



- Nutzer:innen des Gesundheitswesens in Deutschland erfahren **regelmäßig Diskriminierung** vor allem wegen ihrer Hautfarbe, der „ethnischen Herkunft“, aus rassistischen Gründen (...) (BBMFIA 2023)



- Bei Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte eine **schlechtere Versorgungsqualität** erhalten und insgesamt **schlechtere Gesundheitschancen** haben als Menschen ohne Migrations- und Fluchtgeschichte (*Frank et al. 2017*).



- **Institutioneller** und **interpersonaler Rassismus** gegenüber Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte sowie gegenüber BIPOC (Schwarze, Indigene und People of Color) wirkt sich **negativ auf die Versorgungsqualität** aus, führt zu Fehlbehandlungen, zu Ausschlüssen, zu Vertrauensverlust und beeinflusst die Gesundheit negativ (*Lewicki 2021*).

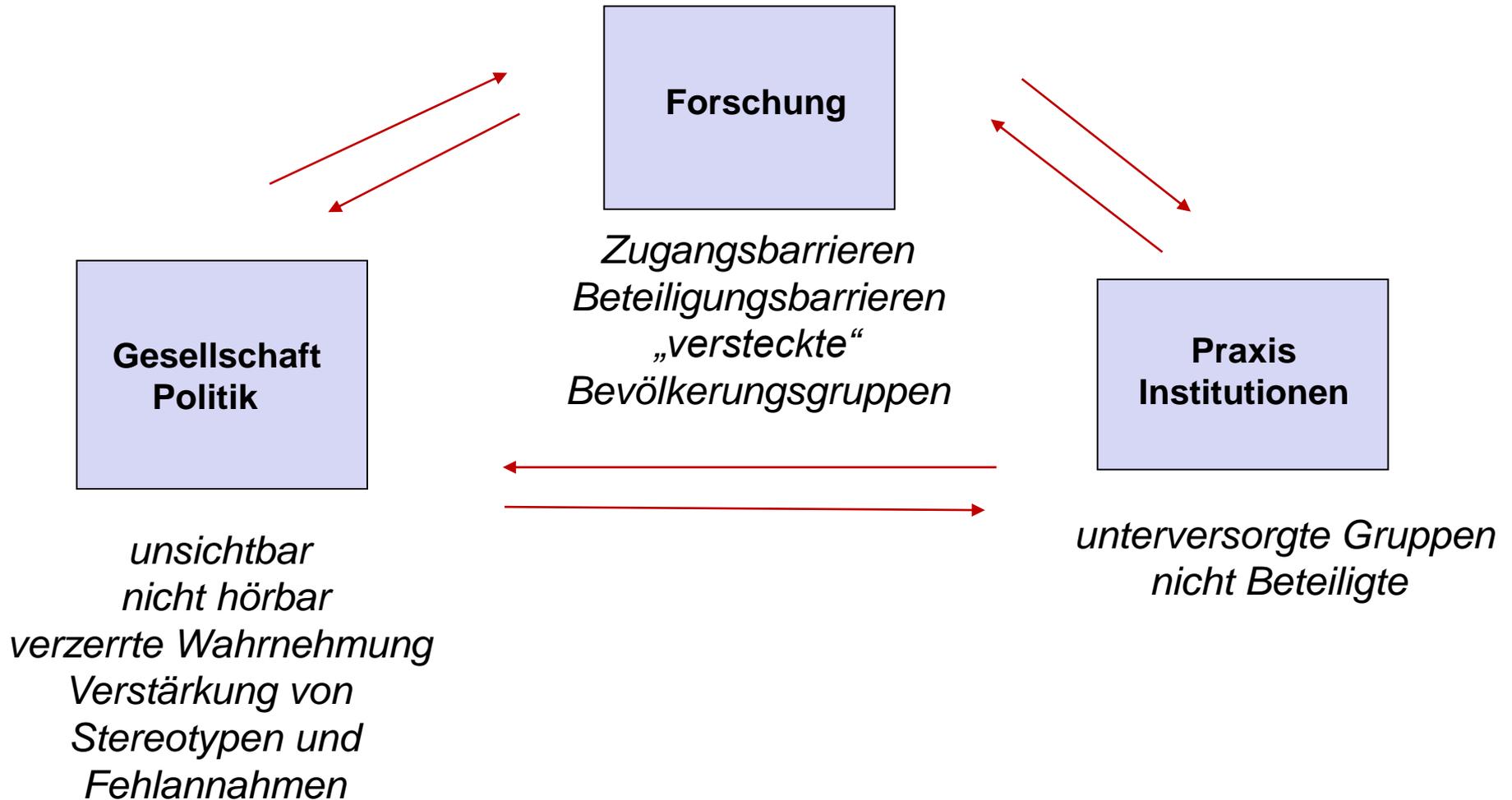
## II. Wie zeigt sich Diskriminierung im Gesundheitswesen?

### F O R S C H U N G

#### (1) Vernachlässigung oder systematischer Ausschluss in der Gesundheits- und Versorgungsforschung

- Vorab definierte Ein- und Ausschlusskriterien (z.B. gute Deutschkenntnisse)
- mangelnde Teilnahme und Repräsentation in Studien
- unzureichende Forschungsansätze für eine diverse Bevölkerung
- Zugangsbarrieren der Wissenschaftler:innen zu sogenannten „schwer erreichbaren“ Gruppen

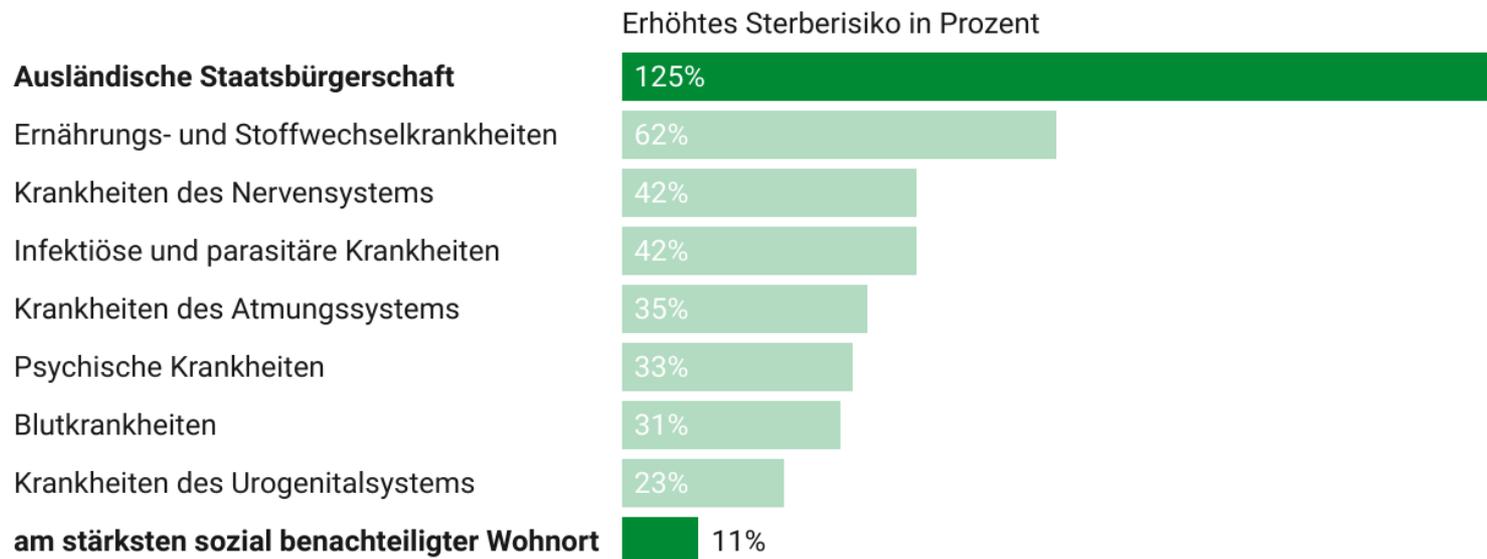
# Forschungsdefizite führen zu Versorgungsdefiziten



## (2) Erfahrungen aus der COVID-19 Pandemie

### Wichtigste Risikofaktoren für Tod nach einer Covid-19-Infektion

Lesebeispiel: AOK Nordost-Versicherte, die an einer Stoffwechselkrankheit litten, hatten im Jahr 2021 ein 62 Prozent höheres Risiko, an Covid-19 zu versterben. Verglichen wurde jeweils mit Versicherten, auf die das jeweilige Merkmal nicht zutrifft.



Quelle: AOK Nordost • Erstellt mit Datawrapper

Auswertungen der AOK Nordost (2022)

<https://www.aok.de/pk/cl/nordost/inhalt/covid-19-auslaendische-versicherte-haben-doppelt-hohes-sterberisiko/>

# Ursachen für höhere Infektionsrisiken und Sterblichkeit an COVID-19 bei Bevölkerung mit ausländischer Staatsangehörigkeit

*Im Vergleich zu deutschen Staatsbürger:innen*

gesellschaftliche  
Faktoren

schlechtere sozioökonomische Lage  
Wohnbedingungen beengter  
kontaktintensivere Arbeitsbranchen

institutionelle  
Faktoren

Unzureichende Information und Aufklärung  
(deutlich niedrigere Impfquote v.a. bei Menschen mit geringen  
Deutschkenntnissen, Misstrauen gegenüber Impfung und  
Gesundheitswesen)  
Barrieren beim Zugang zu Prävention u. Versorgung

Interpersonelle  
Faktoren

Fehlinformationen  
Fehlinterpretationen von Symptomen  
Unterschiede bei der Behandlung (?)

Vgl. Auswertungen der AOK Nordost 2022, Dragano 2022

<https://www.aok.de/pk/cl/nordost/inhalt/covid-19-auslaendische-versicherte-haben-doppelt-hohes-sterberisiko/>

Prof. Dr. med. Matthias David  
Prof. Dr. PH Theda Borde

## Hat die Pandemie zu einer (weiteren) Benachteiligung von Migrantinnen und Migranten in der Gesundheitsversorgung geführt?

Im Zuge der Abschätzung und Bewertung von negativen Folgen der Corona-Pandemie wird häufig das Bild des Brenn- oder Vergrößerungsglases benutzt (z.B. Kira et al. 2022, Istiko et al. 2022), um darauf hinzuweisen, dass in den verschiedenen Gesundheitssystemen weltweit bestimmte negative Entwicklungen deutlicher zutage getreten sind, die bis dahin von der Gesundheitspolitik bewusst ignoriert oder nicht in dieser Form wahrgenommen wurden. Doan et al. (2021) und andere Arbeitsgruppen in der Public-Health-Forschung gehen davon aus, dass die Covid-19-Pandemie vorbestehende gesundheit-

### Zusammenfassung

Im Zuge der Corona-Pandemie haben sich weltweit in den verschiedenen Gesundheitssystemen in unterschiedlichem Ausmaß Fehlentwicklungen und Versäumnisse gezeigt. Aktuelle Ergebnisse der internationalen Versorgungsforschung zeigen, dass die Covid-19-Pandemie bereits bestehende gesundheitliche und sozioökonomische Ungleichheiten bei strukturell marginalisierten Zuwanderergruppen verstärkt hat. Auf der Basis einer selektiven Literaturrecherche zur möglichen Benachteiligung von Migrantinnen und Migranten im Gesundheitssystem im Zuge der Covid-19-Pandemie werden die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen für zukünftige pandemische Situationen, aber auch für den „postpandemischen Versorgungsalltag“ dargelegt. Die aktuelle Datenlage für Deutschland ist schlecht – hier besteht Handlungs- und Forschungsbedarf –, aber in internationalen Übersichtsarbeiten wurden eine Reihe von migrantenspezifischen Risiko- und Vulnerabilitätsfaktoren identifiziert. Zukünftige Pandemiepläne sollten Bevölkerungsgruppen mit besonderen Belastungen ausreichend und angemessen berücksichtigen.

### Schlüsselwörter

Covid-19-Pandemie, Migranten, institutionelle Diskriminierung

### Crossref/doi

<http://doi.org/10.24945/MVF.03.22.1866-0533.2417>

*„Wir waren und sind ... seit ... Monaten unfreiwillig Probandinnen und Probanden in einem Experiment, für das uns als Forscherinnen und Forscher keine Ethikkommission jemals ihr positives Votum ausgestellt hätte: substanzielle Bedrohung bei verminderter Verfügbarkeit sozialer Ressourcen. Es ist unklar, wie bisher psychisch Gesunde, aber auch Personen mit psychischen und körperlichen Vorerkrankungen auf dieses Experiment reagieren werden ...“*  
(Ditzen 2020)

### (3) Diskriminierung durch unzureichend gelöste Sprachbarrieren

**Sprachprobleme? Gefühlt und beklagt häufig  
... aber bisher nicht systematisch erfasst und  
gelöst!**

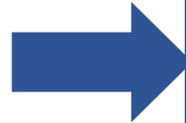
**S  
P  
R  
A  
C  
H  
E**

#### **Bis heute übliche Arrangements**

Meist wird auf **bilinguale Laien** zurückgegriffen (z.B. Familienangehörige, Bekannte, zufällig Anwesende)

**Standards guter Kommunikation sind damit nicht erfüllt**

*(Langer et al. 2017, Cox et al. 2019, Henry 2020)*



- Geringe Dolmetsch-Kompetenzen
- Falsche Übersetzungen
- Eile
- Zusammenfassungen
- Parteilichkeit
- Schamgefühle
- Auslassungen
- Verzerrungen
- Filtern und Verschweigen von Informationen

# Informationsverlust nach Patientinnenaufklärung !

**Ältere Studie in Frauenklinik CCVK**  
(n=579) (Pette, Borde & David 2004)

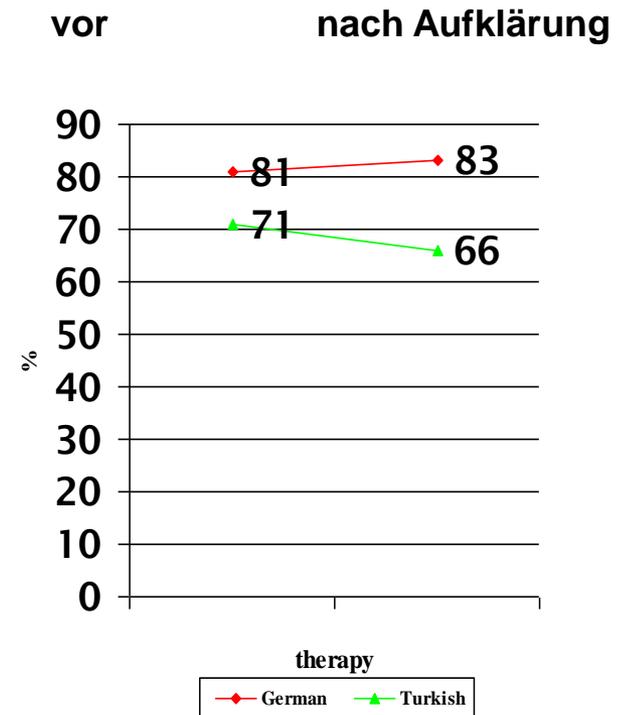
Übereinstimmung von

- der Kenntnis der Patientin über die geplante und durchgeführte Therapie
- mit Dokumentation der Therapie in der Krankenakte

ca. 30% der befragten Immigrantinnen hatten geringe Deutschkenntnisse

Nur die Hälfte dieser Frauen hatten ihre Diagnose und die Kliniktherapie richtig verstanden.

Prozentualer Anteil der Pat. mit korrekten Kenntnissen



Therapie

# Ungelöste Sprachbarrieren und weitere Konsequenzen

Anteil der Patient:innen mit geringen Deutschkenntnissen (n=800)

Alter / Geschlecht	Frauen Migr.gesch	Männer Migr.gesch.
18-30 Jahre	40%	30%
31-50 Jahre	65%	45%
51-65 Jahre	96%	63%

*Ärztebefragung in Berliner Rettungsstellen Analyse von Kurzfragebögen zu 2.429 Behandlungsfällen*

## Berliner Notfallambulanzstudie

(Borde et al. 2003, Babitsch, Borde et al. 2008)

Sprachliche Verständigungsbarrieren beeinflussten

- **Symptompräsentation**
- **Symptominterpretation**
- **Schmerzausdruck**



zw. Klinikpersonal u. Patient:innen ergaben sich

- **Missverständnisse**
- Unterschiede bei Einschätzung der **Behandlungsdringlichkeit**
- höhere **Unzufriedenheit** mit der Behandlung auf beiden Seiten

# Eindeutige Probleme des *ad hoc* Dolmetschens erneut belegt

(Cox et al. 2019)

- nur bei 19% der Gespräche genaue Übersetzung
- häufigste Fehler
  - stellvertretend für den/die Patient:in antworten
  - Auslassen von Informationen

- negative Effekte auf eine angemessene Behandlung und auf die Arzt:in/Patient:in-Beziehung

- Differenzen zwischen der wahrgenommenen und der tatsächlichen Qualität des *ad hoc* Dolmetschens



Using patient companions as interpreters in the Emergency Department: An interdisciplinary quantitative and qualitative assessment

Antoon Cox<sup>a,b,c,\*</sup>, Ellen Rosenberg<sup>d</sup>, Anne-Sophie Thommeret-Carrière<sup>e</sup>, Luc Huyghens<sup>b</sup>, Philippe Humblé<sup>b</sup>, Yvan Leanza<sup>f</sup>

<sup>a</sup>KU Leuven, Belgium

<sup>b</sup>Vrije Universiteit Brussel, Belgium

<sup>c</sup>King's College London, UK

<sup>d</sup>McGill University, Canada

<sup>e</sup>Université de Montréal, Canada

<sup>f</sup>Université Laval, Canada

→ **Qualität des Dolmetschens durch zufällig Anwesende wird deutlich überschätzt**

## **(4) Weitere gesundheitliche Diskriminierungsrisiken**

- gesellschaftliche Exklusionsprozesse und Diskurse
- Vorurteile, Stereotypisierung und Kulturalisierung
- exklusive Praktiken im Versorgungssystem
- Einstellungen und Verhaltensweisen des Gesundheitspersonals
- Widerstände des Gesundheitspersonals
- Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung

# Typische Aussagen vom Gesundheitspersonal zur Versorgung von Immigrant:innen im Krankenhaus

**Wir müssen uns im Alltag mit unbefriedigenden Arrangements abfinden.**

**Für Patientenorientierung gibt es keine wirkliche Anerkennung.**

**Zeitmangel zwingt uns dazu unbefriedigende Lösungen zu akzeptieren.**



**Die strukturellen Bedingungen und organisatorische Probleme sind für eine gute Beziehung zu den Patienten kontraproduktiv.**

**Gute Informationsvermittlung oder Patientenaufklärung ist reine Privatsache die keinen - außer die Patienten interessiert.**

**Der Einsatz professioneller Dolmetscher nimmt zu viel Zeit in Anspruch.**

**Wo kein Widerstand ist, wird weniger gemacht. Und Ausländerinnen sind meistens weniger kritisch.**

**Wie sieht es aktuell aus?  
Sind wir seitdem weiter gekommen?**

### **III. Ausgrenzung - Dimensionen der Anders-Machung**

**Diskriminierungserfahrungen und Stressoren von geflüchteten Frauen während Schwangerschaft, Geburt und danach mit dem Neugeborenen**

Ergebnisse der PROREF-Studie  
qualitativer Studienteil

PH  
LENS  
Research Group

Gefördert durch

DFG

Deutsche  
Forschungsgemeinschaft



# Mixed-Methods-Studie

## PRegnancy and Obstetric Care of REFugees (PROREF)



Alice Salomon Hochschule Berlin  
University of Applied Sciences

Prof. Dr. Matthias David  
Louise Teschemacher

**Quantitative  
Methodik**

**Qualitative  
Methodik**

Prof. Dr. Theda Borde  
Martha Engelhardt

Razan al Munjid

### Standardisierte Interviews (Fragebogen)

**3420 Mütter** (47% *immigriert*)

3 Berliner Geburtskliniken (24 Monate)  
1-2 Tage nach der Geburt

Mehrsprachiges Team + Telefondolm.

Fragen zu sozialer Lage, Migration,  
Zugänglichkeit, Zufriedenheit, Mutterpass

#### **Kombination mit Perinataldaten**

Analysen u.a. bzgl. perinataler Ergebnisse

### Vertiefende Interviews

**80 Gesundheitsfachkräfte**

**33 geflüchtete Frauen**  
bis zu 11 Monate nach der Geburt

3 Bundesländer

Subjektives Erleben der Versorgung,  
Erfahrungen und Lebenskontexte  
vor, während und nach Geburt

Ergänzungsprojekt  
**PORREF Mental Health**

#### ***Partizipativer Ansatz***

Interviews  
Fokusgruppendifkussionen

#### **Fokus psychische Gesundheit**

Arabischsprachige Mütter

Projektlaufzeit 11/2019-01/2023

Projektlaufzeit 08/2021 – 12/2023

COVID-19

# Qualitative Forschungsmethodik

- Vertiefende **leitfadengestützte** Interviews
- Interviews mit **Fachkräften** via Videotelefonie (COVID-19)
- **Interviews mit Müttern** persönlich via Hausbesuchen  
1 - 11 Monate nach der Geburt des Kindes
- mit **weiblichen Sprachmittlerinnen (SprInt - Berlin)**
  - Interviews zu dritt:  
Russisch, Türkisch, Dari/Farsi, Serbisch, Vietnamesisch
  - Interviews zu zweit:  
Arabisch, Englisch, Französisch
- **Neugeborenes** auf dem Arm oder im Kinderwagen anwesend (schlafend)
- Durchschnittliche **Dauer = 50 Minuten** (10 -105)

PROREF-Team  
(qualitativ)



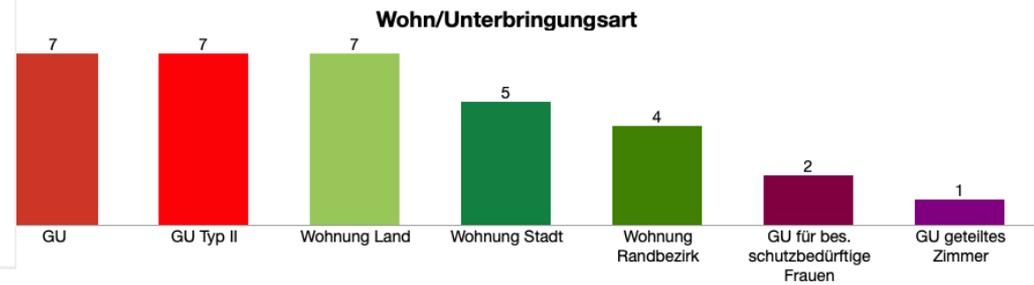
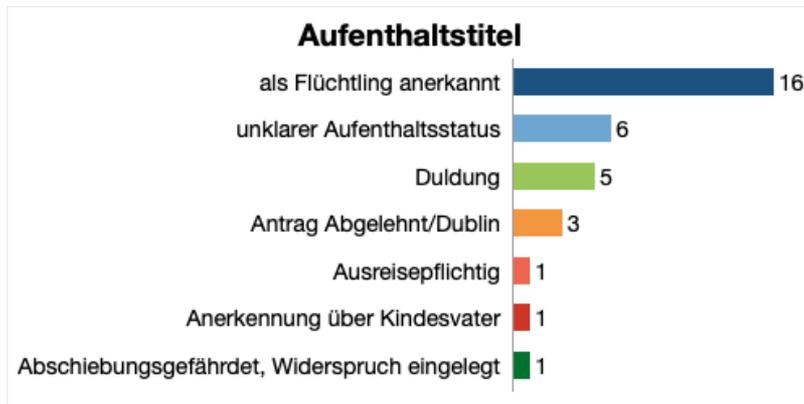
Martha Engelhardt  
Jasmin Kamhiye  
Mathilde Gaudion  
Razan Al Munjid  
Theda Borde

## **33 Frauen, 23 Muttersprachen:**

Englisch, Arabisch, Französisch, Farsi, Dari, Türkisch, Deutsch, Twi, Tigrinya, Ibo, Serbisch, Amharisch, Akum, Saho, Wolof, Mooré, Somalisch, Doula, Peulh, Usbekisch, Kirgisisch, Kurmandschi, Russisch, Vietnamesisch

# Interviewte Mütter

- **33 Mütter**
- Alter Mütter  $M = 31$  Jahre (24-39)
- Alter Kind  $M = 5$  Monate (1-11)
- Durchschnittlich seit **3 Jahren** in Deutschland
- Berlin, Brandenburg und NRW
- **19 Herkunftsländer**



17 Frauen lebten in Unterkünften (rot)  
16 Frauen lebten in Wohnungen (grün)

Interviewerinnen: Martha Engelhardt, Mathilde Gaudion, Jasmin Kamhiye

# Interviewte Fachkräfte



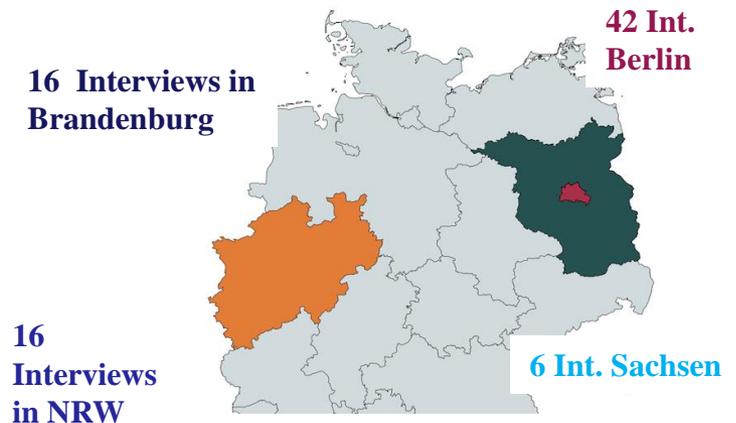
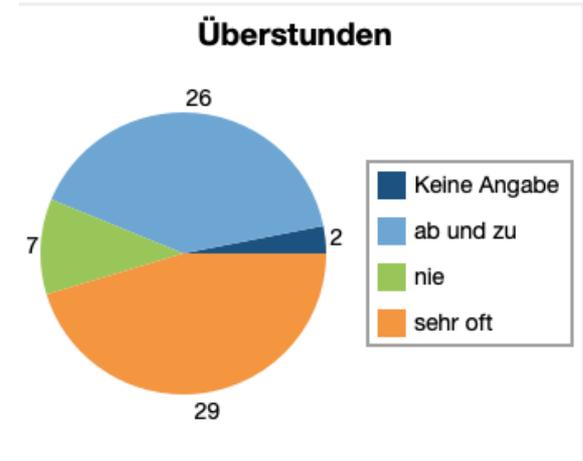
Interviewerinnen:  
Anne Krautstengel  
Lisa-Marie Patzelt  
Verena Hoffmann

- N = 80 Fachkräfte

Versorgung in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Hebammen, Familienhebammen, Gynäkolog:innen, Sozialarbeiterinnen, Familienhelfer, Anästhesist, Kinderarzt, Pflege, Sprachmittlerin

- Arbeitskontexte: Geburtsklinik, ambulant, aufsuchend (GU)
- 11 Jahre Berufserfahrung (Range: 1-40 Jahre)



# Diskriminierung und Dimensionen der „Anders-Machung“

## (1) Rechtlich und politisch

Unter-  
bringung

- Hoher körperlicher, psychischer und sozialer Stress
- Gemeinsame Nutzung von Badezimmern, Duschen, Küchen und Waschmaschinen auf verschiedenen Etagen
- Peripherie: Unterkunft 3,5 km entfernt vom Ort/Einkaufsmöglichkeiten (ehemaliges Militärgelände)

Nicht-  
Ausstellung  
Geburtsurk.

- Fehlende Gesundheitsversorgung des Kindes
- Warten und Unsicherheit
- Finanzielle Nachteile und fehlende Teilhabe

Rechtliches  
Prekarität

- Illegalität: Private Bezahlung der Vorsorge
- Duldung: keine Sprachkurse
- Abschiebungsgefährdet: dauernde Unsicherheit

# Dimensionen der „Anders-Machung“

## (1) Rechtlich und politisch

Wohnen in  
Unterkünften

Nicht-  
Ausstellung  
Geburts-  
urkunden

Rechtliche  
Prekarität

## (2) Institutionell

Fehlende  
Kommunikation

# Problembeschreibungen aus der Sicht befragter Fachkräfte



Die größte Herausforderung ist, die Sprachbarriere (...). Viele **Frauen kommen alleine ohne Begleitung** und sehr häufig in der Dienstsituation ist es so, dass es niemanden gibt, der die Sprache spricht der Frau. (*Ärztin*)

Die [Frauen mit Fluchterfahrung] **laufen manchmal so ein bisschen nebenher**, es wird alles gemacht, was gebraucht wird, aber das **Psychosoziale fällt unter den Tisch**, weil man nicht so an die Frauen rankommt. (*Hebamme*)

(...) wenn ich ein Bild malen würde, wären geflüchtete Frauen auf jeden Fall so **Schattenfiguren**. (...) **Du kannst sie besser ignorieren**, weil sie nicht so gut ihre Bedürfnisse äußern können, als Frauen, wo ich keine sprachliche Barriere habe. (*Hebamme*)

→ **Fachkräfte im Spannungsfeld  
zwischen Pragmatik und professionellen Ansprüchen**

## Problembeschreibungen aus der Sicht befragter Mütter mit Fluchtgeschichte

**Mütter** berichten, dass sie bei **ungelösten Sprachbarrieren**

- keine Fragen stellen konnten,
- keine Wahl hatten,
- sich ausgeliefert und
- diskriminiert fühlten.

Bei **gelingender sprachlicher Kommunikation**

fällt die Bewertung der Versorgung deutlich besser aus.

→ **Hinweise auf gravierende Fehlinformationen, Aufklärungs- und Versorgungsdefizite vor, während und nach der Geburt und deutliche Lücken bei der Kontinuität der Versorgung**

## Beispiel für Vernachlässigung und Unterversorgung

„Ich war im Krankenhaus und habe mein Kind ganz allein bekommen. Ich habe die Reinigungsfrau gebeten, den Arzt zu holen. Als sie schließlich kamen, war mein Kind schon da.“

*(Mutter aus Afghanistan in Berlin, Int. 10)*



# Dimensionen der „Anders-Machung“

## (1) Rechtlich und politisch

Wohnen in  
Unterkünften

Nicht-Ausstellung  
Geburtsurkunden

Rechtliche  
Prekarität

## (2) Institutionell

Fehlende  
Kommunikation

Personal- und  
Zeitmangel

Abwertung v.  
Qualifikationen

- Nicht auf Mehrsprachigkeit ausgerichtet
- Ökonomische Logiken in der Versorgung
- Hierarchisierung von Bedarfen
- Vernachlässigung und Unterversorgung
- Unzureichende Diskriminierungssensibilität und Diversitätskompetenzen

# Die Dimensionen der „Anders-Machung“ sind eng miteinander verwoben.

## (1) Rechtlich und politisch

Wohnen in  
Unterkünften

Nicht-Ausstellung  
Geburtsurkunden

Rechtliche  
Prekarität

## (2) Institutionell

Fehlende  
Kommunikation

Personal- und  
Zeitmangel

Abwertung von  
Qualifikat.

## (3) Interpersonell

Direkte Diskriminierungs- und Rassismuserfahrungen  
als Immigrantin, als Mutter, wg. Religion ...

# Fazit

- Bestehende Strukturen der Gesundheitsversorgung werden den heterogenen Lebenskontexten von geflüchteten Frauen, Müttern und Familien bzw. der Diversität der Lebenslagen der Bevölkerung kaum gerecht.
- Die Gesundheitschancen gesellschaftlich benachteiligter Menschen werden durch strukturelle und institutionelle (rassistische) Diskriminierung im Gesundheitswesen weiter beeinträchtigt.

## IV. Was tun?

# Gesellschaftlicher Exklusion, Rassismus und Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung gezielt entgegenwirken!

- Diskriminierung(srisiken) bewusst machen (werden) und systematisch abbauen
- Qualifizierte Sprachmittlung flächendeckend finanzieren und verfügbar machen
- Eine gleich gute Versorgung für alle sicher stellen



**Versorgungsgerechtigkeit** erfordert konkrete Maßnahmen  
in der **Qualifizierung** des Gesundheitspersonals und  
in den **Strukturen** der Gesundheitsversorgung



# EMPOWERMENT FÜR DIVERSITÄT

Allianz für Chancengleichheit  
in der Gesundheitsversorgung

Charité Universitätsmedizin Berlin,  
Klinik für Gynäkologie mit Zentrum für onkologische Chirurgie

[www.empowerment.charite.de](http://www.empowerment.charite.de)

Gefördert durch

STIFTUNG  
MERCATOR

Angesiedelt an

CHARITÉ  
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

# Schwerpunkte des Projekts



**EMPOWERMENT  
FÜR DIVERSITÄT**

Allianz für Chancengleichheit  
in der Gesundheitsversorgung

## 1.) Aufbau einer bundesweiten Allianz

von Akteur\*innen im Gesundheitswesen, der Politik, der Forschung, von Migrationsorganisationen und Self-Empowerment-Organisationen etc.

## 2.) Qualifizierung / Verankerung in Studiengängen und Fortbildungen:

(Weiter-)entwicklung von Diversitätskompetenzen und rassismuskritischer Professionalität (in Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen, Medizinstudium, gesundheitsbezogenen Studiengängen etc.)

## 3.) Organisationsentwicklungsprozesse:

Maßnahmen zur Verringerung von Diskriminierung in den Strukturen von Gesundheitsinstitutionen (Fokus Frauen- und Kinder-Kliniken)

## 4.) Öffentlichkeitsarbeit:

Sensibilisierung politischer Entscheidungsträger\*innen, Akteur\*innen in der Gesundheitsversorgung und der Allgemeinbevölkerung für Rassismen und Diskriminierungsrisiken im Gesundheitswesen und deren Abbau

**Wir freuen uns auf Ihre aktive Mitwirkung in der Allianz für Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung**



**EMPOWERMENT  
FÜR DIVERSITÄT**

Allianz für Chancengleichheit  
in der Gesundheitsversorgung



[www.empowerment.charite.de](http://www.empowerment.charite.de)

- **Welche Herausforderungen und Chancen ergeben sich für die Pflege?**

# Quellen u.a.

- Bartig S et al. (2021) Diskriminierungsrisiken und Diskriminierungsschutz im Gesundheitswesen. i.A. der Antidiskriminierungsstelle des Bundes .
- Beauftragte der Bundesregierung für Antirassismus, für Migration, Flüchtlinge und Integration (2023) Rassismus in Deutschland, Lagebericht
- Beutke, M., Kotzur, P., Faktensammlung Diskriminierung. Programm Integration und Bildung der Bertelsmann Stiftung. 2015 <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/faktensammlung-diskriminierung> (aufgerufen am 10.4.2022)
- Babitsch B, Braun T, Borde T, David M (2008): Doctor's perception of doctor-patient relationships in emergency departments: What roles do gender and ethnicity play? In: BMC Health Services Research 8, Seite 82. DOI: 10.1186/1472-6963-8-82.
- Borde T (2002): Patientinnenorientierung im Kontext der soziokulturellen Vielfalt im Krankenhaus. Vergleich der Erfahrungen und Wahrnehmungen deutscher und türkischsprachiger Patientinnen sowie des Klinikpersonals zur Versorgungssituation in der Gynäkologie. Berlin.
- Borde, T (2018) Kommunikation und Sprache. In: Gynäkologische Endokrinologie 16 (1), Seite 3–9. DOI: 10.1007/s10304-017-0167-6.
- Borde T, Braun T, David M (2003): Gibt es Besonderheiten bei der Inanspruchnahme klinischer Notfallambulanzen durch Migrantinnen und Migranten? In: Theda Borde und Matthias David (Hg.): Gut versorgt? Migrantinnen und Migranten im Gesundheits- und Sozialwesen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 43–81.
- Borde T, David M, Kentenich H (2002): Erwartungen und Zufriedenheit deutscher und türkischsprachiger Patientinnen im Krankenhaus – eine vergleichende Befragung in einer Berliner Frauenklinik. In: Gesundheitswesen 64 (8/9), Seite 476–485.
- Merx A, Lewicki A, Schlenzka N, Vogel K u.a. (2020) Diskriminierungsrisiken und Handlungspotenziale im Umgang mit kultureller, sozioökonomischer und religiöser Diversität, Stiftung Mercator
- chödwell S, Savin M, Lauke A, Abels I, Abdel-Fatah D, Penka S, Kluge U.(2022) Strukturelle Diskriminierung und Rassismus in der Krankenhausversorgung: die Rolle ökonomischer Rahmenbedingungen in der interkulturellen Öffnung. Bundesgesundheitsblatt 2022. 65: 1307-1315. <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03615-x>
- Pette GM, Borde T, David, M. (2004) Kenntnis über die Diagnose und Therapie ihrer Erkrankung bei deutschen und türkischstämmigen Patientinnen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt. Erratum to “Kenntnis über die Diagnose und Therapie ihrer Erkrankung bei deutschen und türkischstämmigen Patientinnen vor und nach einem Krankenhausaufenthalt ”[Journal of the Turkish German Gynecology Association – ARTEMIS (2004) 5 (2) 123–130]